

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**  
**SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

“Implementación de la Entrevista Motivacional en la consulta nutricional individual de mujeres con exceso de peso en la etapa de climaterio que laboran en el Instituto Nacional de Aprendizaje”.

Trabajo Final de Investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del programa de Estudios de Posgrado en Nutrición Humana para optar el grado y título de maestría Profesional en Nutrición Clínica de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

Karina Brown Jenkins

Cuidad Universitaria Rodrigo Facio. Costa Rica

2020

## **Dedicatoria y agradecimientos**

Dedico y doy gracias infinitas a Dios por concluir y disfrutar cada minuto de este proceso tan enriquecedor, en el cual se me permitió ser una herramienta más para contribuir en la salud de las personas.

A mi abuela “Tina”, quien con su amor incondicional siempre veló por mí y le prometí superar todo obstáculo, ayudar a los demás y hacerla sentir orgullosa.

A mis padres, Elieth y William, a quienes amo con todo mi corazón, hacerles saber que son mi sostén, mi aliento y motivación para continuar adelante; sin ellos nada de esto hubiese sido posible.

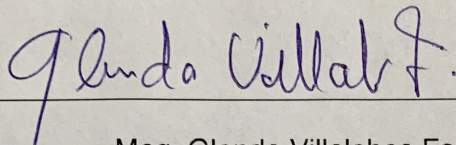
A todos mis tíos, quienes siempre estuvieron pendientes de este largo proceso, motivándome siempre por alcanzar mis sueños.

A todos ellos muchas gracias, porque viendo los sacrificios y el tiempo invertido, siempre su comprensión y apoyo fue incondicional. Los amo, fueron y siempre serán mi motor para continuar adelante.

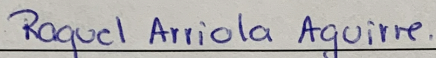
Por último, agradezco a mi comité asesor, la profesora Raquel Arriola e Ivannia Ureña quienes me acompañaron y orientaron a lo largo de todo este proceso, al igual que la profesora Indira De Beausset quien a pesar de no formar parte del comité, siempre estuvo presente brindando su gran conocimiento, enriqueciendo aún más este proyecto.



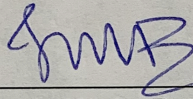
Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Nutrición de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Nutrición Clínica de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles.



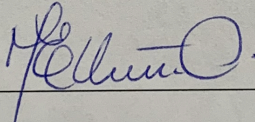
Mag. Glenda Villalobos Fallas  
Representante del Decano Sistema de Estudios de Posgrado



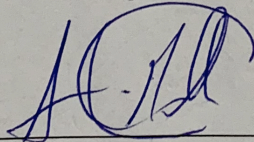
M.Sc. Raquel Arriola Aguirre  
Tutora



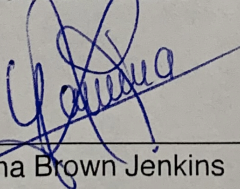
Mag. Ivannia Ureña Retana  
Lectora



M.Sc. Elena Ureña Cascante  
Directora del Programa de Posgrado



Mag. Adriana Murillo Castro  
Profesor invitado



Karina Brown Jenkins  
Sustentante

## TABLA DE CONTENIDO

Resumen en español .....	VIII
Resumen en Inglés .....	IX
Lista de cuadros .....	X
Lista de gráficos.....	XI
Lista de figuras.....	XI
Lista de abreviaturas.....	XII
Licencia de publicación.....	XIII
<b>I. Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>II. Fundamentación teórica y antecedentes.....</b>	<b>4</b>
A. Características de la etapa de climaterio (menopausia).....	6
B. Intervención nutricional en la etapa de climaterio (menopausia) .....	9
C. Técnicas de intervención terapéutica en pacientes con exceso de peso.....	12
D. Entrevista motivacional (EM): técnica para el abordaje nutricional. ....	13
E. Principios y Estrategias de la EM .....	16
F. Evidencia de la efectividad de la EM.....	18
<b>III. Objetivos .....</b>	<b>20</b>
A. Objetivo general .....	20
B. Objetivo específico.....	20
<b>IV. Metodología del proyecto .....</b>	<b>21</b>
A. Pregunta de investigación .....	21
B. Ubicación geográfica del proyecto.....	21
C. Características de la población meta .....	21
D. Aval de las autoridades correspondientes .....	22
E. Características a estudiar en la población meta: .....	22
F. Descripción de procedimientos para la ejecución de las actividades del proyecto. ....	24
G. Cronograma de actividades: .....	33
H. Consideraciones éticas .....	34
I. Análisis de la información .....	35
J. Recursos humanos, materiales y financieros .....	38
K. Viabilidad del proyecto .....	39
<b>V. Resultados .....</b>	<b>40</b>
A. Perfil sociodemográfico.....	40
B. Antecedentes clínicos, personales y familiares .....	41
C. Estado antropométrico.....	42
D. Estilo de vida.....	43
E. Evaluación dietética.....	45
1. Frecuencia de consumo alimentos .....	45
2. Responsables de la preparación de comidas .....	50
3. Técnicas y tiempos para de preparación de alimentos.....	51
4. Tiempos de comida .....	52

5. Consumo de bebidas alcohólicas y fumado .....	54
<b>F. Barreras y ambivalencias (BA).....</b>	<b>54</b>
<b>G. Facilitadores para el cambio.....</b>	<b>61</b>
<b>H. Entrevista motivacional: Evolución de las etapas de cambio.....</b>	<b>62</b>
<b>I. Tipos de motivaciones de las mujeres .....</b>	<b>68</b>
<b>J. Implementación de la EM .....</b>	<b>70</b>
<b>VI. Discusión.....</b>	<b>73</b>
<b>VII. Conclusiones .....</b>	<b>89</b>
<b>VIII. Recomendaciones .....</b>	<b>91</b>
<b>IX. Bibliografía .....</b>	<b>92</b>
<b>2. ANEXOS .....</b>	<b>101</b>

## **Anexos**

- Anexo 1: Aprobación por parte del SITRAINIA para realizar intervención en la población.
- Anexo 2: Consentimiento Informado para las pacientes en etapa de climaterio de climaterio con exceso de peso, entre las edades de 45 a 55 años del consultorio Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA 2017.
- Anexo 3: "Formulario para recopilar características sociodemográficas de mujeres en etapa de climaterio con exceso de peso que asisten a la consulta nutricional Nutribienestar, del Instituto Nacional de Aprendizaje, durante el I semestre del 2017, que fueron seleccionados para el TFIA".
- Anexo 4: "Formulario de Anamnesis para pacientes en etapa de climaterio entre las edades de 45 a 55 años que asisten al consultorio Nutribienestar, del INA".
- Anexo 5: "Formulario de identificación de barreras y ambivalencias que presenta la paciente en etapa de climaterio con exceso de peso, entre las edades de 45 y 55 años, para realizar el cambio durante el periodo de intervención del proyecto del TFIA, 2017".
- Anexo 6: "Escala evaluativa del estadio de cambio de las pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso entre las edades de 45 y 55 años, que asisten a la consulta de Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA 2017".
- Anexo 7: "Cuestionario inicial y final para la evaluación de la etapa de cambio, de la intervención de pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso que asisten a la consulta Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA, 2007".
- Anexo 8: "Registro de comentarios específicos que identifican estadio de cambio en el que se encuentran las pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso entre las edades de 45 y 55 años, del consultorio Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA 2017".
- Anexo 9: "Registro de seguimiento antropométrico y dietético de las pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso, entre las edades de 45 a 55 años del consultorio Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA, 2017".

- Anexo 10: Criterios para la categorización de IMC de la OMS, 2004 y procedimientos para medición de talla, según la OMS 2004, y procedimiento para la toma de medida de la circunferencia abdominal, según documento Vademécum de Antropometría por Escuela de Nutrición, UCR, 2015 y clasificación del mismo según Adult Treatment Panel III, 2015.
- Anexo 11: “Contrato de Salud con el/los objetivos propuestos por la paciente en etapa de climaterio con exceso de peso que asisten al consultorio Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA, 2017”.
- Anexo 12: “Tareas propuesta en la sesión con las pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso, entre las edades de 45 a 55 años del consultorio Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA 2017”.
- Anexo 13: Afiche de invitación enviado por correo electrónico a nivel institucional del INA, sede la Uruca, para reclutar a mujeres en etapa de climaterio con exceso de peso entre las edades de 45 y 55 años.
- Anexo 14: Instrumento de recolección de datos para el reclutamiento de pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso entre las edades de 45 a 55 años que laboran en el INA, sede La Uruca, 2018.
- Anexo 15: Programación didáctica de las 8 sesiones de intervención en mujeres en etapa de climaterio con exceso de peso entre las edades de 45 y 55 años, que laboran en el INA, sede La Uruca, 2018.
- Anexo 16: Material utilizado en las 8 sesiones de intervención en la consulta nutricional individual de mujeres con exceso de peso en la etapa de climaterio entre las edades de 45 a 55 años, que laboran en el Instituto Nacional de Aprendizaje”.



## **Resumen**

Las mujeres entre los 45 y 64 años inician una etapa de vida conocida como: "etapa climatérica", en la cual el contar con un estilo de vida saludable llega a ser crucial, ya que durante esta etapa se observan diversas complicaciones de salud a causa del exceso de peso. La nutrición en esta etapa juega un papel relevante en la salud de la mujer, por lo tanto, la diversidad y cantidad de alimentos, la actividad física y el manejo de barreras y motivaciones para el cambio son factores importantes a tomar en cuenta para una adecuada intervención terapéutica. Para ofrecer de manera más efectiva la consulta nutricional se utilizará la Entrevista Motivacional (EM), la cual es un tipo de entrevista clínica centrada en el paciente, es mucho más eficaz que un abordaje tradicional, permitiendo al paciente descubrir sus propias motivaciones, barreras, ambivalencias y soluciones a sus problemas, potenciando así su capacidad de actuar al respecto y su percepción de eficacia.

### Metodología y población de estudio:

Se realizó un abordaje nutricional apoyado con la EM, en un grupo de 15 mujeres en etapa de climaterio (menopáusicas) con edades entre los 45 y 55 años, las cuales laboran en el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA). El estudio se realizó de forma individualizada, por un periodo de 4 meses. Se realizaron 8 sesiones espaciadas cada 15 días. Cada una de estas sesiones tuvo una duración de 60 minutos, exceptuando la primera, la cual fue de 90 minutos. La elección de esta población fue a conveniencia, cuyos criterios de inclusión fueron un IMC  $\geq 30$  y una circunferencia abdominal mayor a  $\geq 88$  cm. El análisis de la información se realizó de forma cuantitativa (estadística descriptiva con estimadores como promedio, mínimo, máximo, cuadros y gráficos) y cualitativa (a través de fragmentos del discurso de la paciente para ser clasificados en categorías para observar avance o retroceso).

Resultados: A nivel antropométrico se observó una pérdida de peso promedio entre todas las participantes de 4,1 kg, una disminución promedio de la circunferencia abdominal de 4,4 cm y una disminución del IMC logrando evolucionar hacia categorías menores o disminuir el valor del indicador manteniéndose en la misma categoría.

En cuanto a hábitos alimentarios se observó como disminuyó la frecuencia de consumo de alimentos altos en grasas, azúcares y carbohidratos (comida chatarra), incrementando el consumo de vegetales, frutas, lácteos y agua. Se detectaron diversas barreras y ambivalencias en la vida de estas mujeres, las cuales se distribuyeron en 3 ámbitos: personal, familiar y laboral; las mismas llegaron a comprometer la autoeficacia para realizar el cambio. Al bordar las sesiones con la EM, se logró observar cómo estas mujeres disminuyeron su ansiedad, inseguridad y falta de motivación, transformándolas en oportunidades de cambio, iniciativa, seguridad, autoeficacia, curiosidad por intentar cosas nuevas y el buscar soluciones que se adapten a su estilo de vida a nivel laboral y familiar. Esto a su vez, permitió observar una evolución en las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente, pasando de la etapa de contemplación y preparación a acción y mantenimiento. A pesar de que con aplicación de la EM si se logró ver aspectos positivos hacia el cambio de hábitos de vida más saludable, el ver cambios significativos en el ejercicio no fue tan destacado, ya que la mayoría al final se mantuvo en contemplación y/o pasaron a preparación.

### Conclusión

La aplicación de la EM, es efectiva y trae consigo múltiples beneficios orientados hacia el cambio positivo y sostenido de hábitos saludables en las mujeres en etapa de climaterio, donde al orientar las sesiones educativas de forma no directiva sin presiones, generando empatía y escucha reflexiva se logra disminuir las barreras y ambivalencias, para así adoptar un estilo de vida más saludable que mejore su condición de salud actual y la de años venideros.

## **Abstract**

Women between the ages of 45 and 64 begin a stage of life known as "climacteric stage", in which having a healthy lifestyle becomes crucial, since during this stage various health complications are observed because of excess weight. Nutrition at this stage plays an important role in women's health, therefore the diversity and quantity of food, physical activity and the management of barriers and motivations for change are important factors to take into account for adequate therapeutic intervention. To offer a more effective nutritional consultation, there is the Motivational Interview (MS), which is a type of patient-centered clinical interview, much more effective than a traditional approach, allowing the patient to discover their own motivations, barriers, ambivalences and solution to their problems, enhancing their ability to act in this regard and their perception of effectiveness.

### Methodology and study population:

A nutritional approach was carried out supported by MS, in a group of 15 women in the climacteric stage (menopausal) with ages between 45 and 55 years working in the National Learning Institute (INA). The study was conducted individually, for a period of 4 months. There were 8 spaced sessions every 15 days. Each of these sessions lasted 60 minutes, except for the first, which was 90 minutes. The choice of this population was at convenience, whose inclusion criteria were a BMI  $\geq 30$  and an abdominal circumference greater than 88cm. The analysis of the information was performed quantitatively (descriptive statistics with estimators such as average, minimum, maximum, tables and graphs) and qualitative (through fragments of the patient's speech to be classified into categories to observe progress or regression).

### Results

At an anthropometric level, an average weight loss was observed among all participants of 4.1kg, an average decrease in abdominal circumference of 4.4 cm and a decrease in BMI, managing to evolve into smaller categories or decrease the value of the indicator while maintaining the same category.

Regarding eating habits, it was observed how the frequency of consumption of foods high in fat, sugars and carbohydrates (junk food) decreased, increasing the consumption of vegetables, fruits, dairy products and water. Various barriers and ambivalences were detected in the lives of these women, which were distributed in 3 areas: personal, family and work; they came to compromise self-efficacy to make the change. When embroidering the sessions with MS, it was possible to observe how these women diminished their anxiety, insecurity and lack of motivation, transforming them into opportunities for change, initiative, security, self-efficacy, curiosity to try new things and to look for solutions that adapt to their lifestyle at work and family level. This, in turn, allowed us to observe an evolution in the stages of change of Prochaska and DiClemente, going from the stage of contemplation and preparation to action and maintenance. Although with the application of MS if it was possible to see positive aspects towards changing healthier lifestyle habits, seeing significant changes in exercise was not as prominent, since most of them remained in contemplation and / or They went to preparation.

### Conclusion

The application of MS is effective and brings multiple benefits oriented towards the positive and sustained change of healthy habits in women in the climacteric stage, where by directing the educational sessions in a non-directive way without pressure, generating empathy and reflective listening It manages to reduce barriers and ambivalences, in order to adopt a healthier lifestyle, improving its current health condition and for years to come.

## LISTA DE CUADROS

Cuadro 1:	Recomendaciones de nutrientes para las mujeres en etapa de climaterio (menopáusicas) con riesgo cardiovascular.....	10
Cuadro 2:	Características de las fases de cambio de Prochaska y DiClemente.....	15
Cuadro 3:	Temática y justificación de las ocho sesiones aplicadas en las mujeres participantes de la investigación, INA, sede La Uruca, 2018.....	27
Cuadro 4:	Descripción de procedimientos para la ejecución de la actividades del proyecto.....	28
Cuadro 5:	Recursos humanos, materiales y financieros para la ejecución del proyecto en mujeres en etapa de climaterio con exceso de peso, 2017.....	38
Cuadro 6:	Número de mujeres según la cantidad de hijos que poseen, INA, sede La Uruca, 2018.....	40
Cuadro 7:	Número de mujeres según el nivel educativo de las mujeres participantes de la investigación, INA, sede La Uruca, 2018.....	40
Cuadro 8:	Datos de los parámetros antropométricos de peso al inicio y final de la intervención de las mujeres participantes, INA, sede La Uruca, 2018.....	42
Cuadro 9:	Número de mujeres según el hábito de realizar ejercicio, al inicio y final del proceso de intervención, INA, sede La Uruca, 2018.....	44
Cuadro 10:	Número de mujeres según la frecuencia de consumo promedio de grupos de alimentos, al inicio y final del proceso de intervención, INA, sede La Uruca, 2018.....	45
Cuadro 11:	Número de mujeres según consumo de agua diario, al inicio y final del proceso de intervención INA, sede La Uruca, 2018.....	49
Cuadro 12:	Barreras a nivel personal, familiar, laboral y social que presentaron en las mujeres participantes de la investigación, INA, sede La Uruca, 2018.....	55
Cuadro 13:	Evolución inicial y final según las barreras y ambivalencias que presentaron las mujeres participantes de la investigación, INA, sede La Uruca, 2018.....	56
Cuadro 14:	Cantidad de mujeres según frecuencia de práctica de ejercicio a lo largo del periodo de intervención, INA, sede La Uruca, 2018.....	60
Cuadro 15:	Distribución de mujeres según transición a la etapa de cambio en prácticas y hábitos de vida saludable al inicio y final de la intervención, INA, sede La Uruca, 2018.....	63
Cuadro 16:	Distribución de las mujeres según evolución en la etapa de cambio a lo largo segunda y séptima sesión de intervención, INA, sede La Uruca 2018.....	65
Cuadro 17:	Distribución de las mujeres según la evolución en los estadios de cambios expresados por las mujeres y los detectados por la facilitadora a lo largo del proceso de intervención, INA, sede La Uruca, 2018.....	67
Cuadro 18:	Número de mujeres según el tipo de motivación a lo largo de las sesiones, INA, sede La Uruca, 2018.....	68
Cuadro 19:	Comparación de discursos de algunas mujeres entre la primera sesión y sesiones siguientes de intervención.....	70



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Número de mujeres del estudio según antecedentes clínicos familiares y personales.....	41
Gráfico 2:	Distribución de mujeres según IMC inicial y final de la intervención, INA, sede La Uruca, 2018.....	43
Gráfico 3:	Número de mujeres según la calidad de sueño percibida, al inicio y final del proceso de intervención, INA, sede La Uruca, 2018.....	44
Gráfico 4:	Número de mujeres que indican preparar sus alimentos y/o contar con ayuda de familiares, al inicio y final del proceso de intervención, INA, sede La Uruca, 2018.....	50
Gráfico 5:	Número de mujeres según técnica de cocción utilizada para preparar sus alimentos, al inicio y final del proceso de intervención, INA, sede La Uruca, 2018.....	51
Gráfico 6:	Número de mujeres según minutos invertidos en la preparación de alimentos para el almuerzo y cena, al inicio y final del proceso de intervención, INA, sede La Uruca, 2018.....	52
Gráfico 7:	Número de mujeres según tiempos de comida que realizan entre semana al inicio y final del proceso de intervención, INA, sede La Uruca, 2018.....	54

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Estrategia de intervención para las pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso, INA, 2017.....	32
Figura 2:	Factores que influyen en la adopción de hábitos saludables en la vida de las mujeres participantes de la investigación, INA, sede La Uruca, 2018.....	74

## LISTA DE ABREVIATURAS

AG:	Ácidos grasos
AHA:	Asociación Americana del Corazón
BA:	Barreras y Ambivalencias
Cab:	Circunferencia abdominal
CHO:	Carbohidratos
CHON:	Proteínas
CR:	Costa Rica
Cx:	Cirugías
DLP:	Dislipidemia
DM:	Diabetes Mellitus
EM:	Entrevista motivacional
ENN:	Encuesta Nacional de Nutrición de Costa Rica
FAT:	Grasas
FSH:	Hormona folículo estimulante
GAM:	Gran Área Metropolitana
HB:	Formula de Harris Benedict
HbA1c:	Prueba de hemoglobina glicosilada
HDL:	Lipoproteína de alta densidad
HTA:	Hipertensión arterial
IMC:	Índice de masa corporal ( $\text{kg/m}^2$ )
INA:	Instituto Nacional de Aprendizaje
Kcal:	Calorías
Kg:	kilogramos
LDL:	Lipoproteína de baja densidad
OB I:	Obesidad grado I
OB II:	Obesidad grado II
OB III:	Obesidad grado III
OB:	Obesidad
OMS:	Organización Mundial de la Salud
P:	Paciente
PA:	Presión arterial
RCV:	Riesgo cardiovascular
SEP:	Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica
SITRAINA:	Sindicato de trabajadores del Instituto Nacional de Aprendizaje
S:	Sesión
SP:	Sobrepeso
VET:	Valor energético total

**Licencia de Publicación:**



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

SEP

Sistema de  
Estudios de Posgrado

**Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.**

Yo, Karina Brown Jenkins, con cédula de identidad 402060985, en mi condición de autor del TFG titulado Implementación de la Entrevista Motivacional en la consulta nutricional individual de mujeres con exceso de peso en la etapa de climatario que laboran en el Instituto Nacional de Aprendizaje.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI ☒ NO ☐

\*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: — año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:**

Nombre Completo: Karina Brown Jenkins.  
Número de Carné: B49477 Número de cédula: 402060985  
Correo Electrónico: Karinabj\_16@hotmail.com  
Fecha: 18 / 6 / 2020 Número de teléfono: 88156547  
Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Raquel Arriada Aguirre

  
FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

## I. Introducción

En los últimos veinte años se ha incrementado la prevalencia del sobrepeso y obesidad a nivel mundial. Según Risk Factor Collaboration (NCD Risc, 2012), de los países latinoamericanos, Costa Rica (CR) es el sexto país con más sobrepeso. Con base en la Encuesta Nacional de Nutrición de CR (2008) (ENN), se refleja una problemática en el estado de salud del costarricense en relación con esta temática. Los resultados de esta encuesta indicaron que la tasa del sobrepeso y obesidad en adultos asciende al 64,5%, donde específicamente el 66,6% de las mujeres costarricenses con edades entre 20 y 45 años presentan sobrepeso u obesidad. Esta problemática se ve incrementada aún más en las mujeres con edades entre 45 a 64 años, donde el sobrepeso y la obesidad representan un 77,3% (Encuesta Nacional de Nutrición de Costa Rica, 2009; Stevens, 2012).

Conociendo estos resultados, se logra observar que, a mayor edad, mayor es el sobrepeso y la obesidad, por lo tanto, la intervención nutricional es fundamental para la prevención de complicaciones en la salud. En mujeres entre las edades de 45 a 64 años es vital el cambio a un estilo de vida saludable, ya que al estar en el periodo de climaterio, hay mayor riesgo de problemas cardiovasculares y complicaciones metabólicas asociadas al exceso de peso.

En este sentido, podemos afirmar que el fomento de una alimentación sana y equilibrada durante toda la vida es la mejor prevención posible, así como también constituye un tratamiento eficaz en el momento de la menopausia y durante la misma (Rodríguez, 2012; González, 2014).

Cabe destacar que este periodo de climaterio es una transición entre el ciclo reproductivo y no reproductivo de la vida femenina, en el cual se presentan diversos síntomas y signos, y está conformado por las etapas de premenopausia, menopausia y post menopausia. (Capote, 2011).

Según diversos autores, la menopausia es considerada como una de las etapas críticas en la vida de la mujer, en la que se favorece la ganancia de peso y el desarrollo o agravamiento de la obesidad. Las causas de este problema son múltiples, donde intervienen aspectos de hipoestrogenismo y disminución del gasto energético (Lizcano &

Guzmán, 2014, Pavón de Paz, Alameda & Olivar, 2006).

Esta ganancia de peso se asocia a consecuencias adversas para la salud, que se agravan por los cambios en la distribución de la grasa corporal, la cual a su vez facilita el desarrollo de insulino resistencia, Diabetes Mellitus tipo 2 (DM tipo 2), hipertensión arterial (HTA) y dislipemia (DLP), incrementado el riesgo cardiovascular, entre otras complicaciones (Lizcano & Guzmán, 2014; Pavón de Paz, 2006).

En esta etapa, la nutrición juega un papel relevante en la salud de la mujer, por lo tanto, la diversidad y cantidad de alimentos, la actividad física y el abordaje psicológico, son factores importantes a tomar en cuenta para una adecuada intervención terapéutica y así reducir o evitar complicaciones de salud que disminuyan su calidad de vida en años venideros (Ortega et al, 2015; Pavón de Paz, 2006).

En el diagnóstico realizado por Brown (2016), en el cual se caracterizó a 15 mujeres con menopausia y exceso de peso, atendidas en el consultorio Nutribienestar en el 2016, se identificó que gran parte de la población estudiada presentaba algún grado de exceso de peso, acompañada de un porcentaje elevado de grasa, una circunferencia abdominal aumentada y perfil bioquímico alterado (triglicéridos, colesterol total, colesterol LDL, glicemias elevados y HDL bajo). También se observó que la ausencia de hábitos alimentarios saludables, es un aspecto de gran relevancia en esta población, donde el tiempo, estrés, responsabilidades en el hogar, ambiente laboral, entre otros, inciden en la calidad de la dieta, la cual se caracteriza por ser alta en grasas y carente de nutrientes, acompañada de sedentarismo, una mala calidad de sueño y consumo de bebidas alcohólicas (Brown, 2016).

Una de las tareas prioritarias de los profesionales en salud consiste en trabajar en la promoción de comportamientos saludables en los pacientes; sin embargo, esto no ha sido tarea fácil, ya que tradicionalmente se ha enfocado en aplicar consejos informativos, confrontativos o persuasivos, de los cuales se han documentado resultados poco alentadores por la poca adherencia que estos generan en la persona (Bóveda, 2012).

Para ofrecer de manera más efectiva la consulta nutricional, se encuentra la Entrevista Motivacional (EM). La EM es un tipo de entrevista clínica centrada en el paciente, es relevante mencionar que esta técnica es mucho más eficaz que un abordaje



tradicional, ya que le permite al paciente descubrir sus propias motivaciones, ambivalencias y solución a sus problemas, potenciando su capacidad de actuar al respecto y su percepción de eficacia, mientras que el profesional guía y proporciona las herramientas necesarias para lograrlo (Tarranga, 2014).

Los resultados positivos que se han documentado en diversos estudios con la EM, hacen que se pueda considerar como una herramienta útil para abordar a las pacientes en etapa menopáusica con exceso de peso, cuyo cambio a un estilo de vida saludable es indispensable, no solamente durante el periodo de menopausia, donde hay mayor riesgo cardiovascular, sino también para la prevención de futuras enfermedades que deterioren su calidad de vida.

En el siguiente proyecto se interviene a un grupo de mujeres en etapa menopáusica, quienes se van a identificar en todo el proyecto como mujeres en etapa de climaterio, para hacerles ver que se encuentran en una etapa transitoria y que esta condición no las define como personas. A este grupo de mujeres en etapa de climaterio, que presentan exceso de peso, se les ofrecerá una consulta nutricional individual basada en la técnica de intervención de la EM. La finalidad primordial de esta intervención es lograr que las pacientes eliminen los obstáculos (barreras y ambivalencias) que les impidan alcanzar sus objetivos terapéuticos, logrando así una pérdida de peso y la adopción de un estilo de vida más saludable. A su vez, se busca construir en ellas la capacidad de autorreflexión, automotivación y empoderamiento, para promover la autoeficacia en la toma de decisiones positivas que contribuyan a su calidad de vida.

En este documento se presenta primero la fundamentación teórica sobre el climaterio (menopausia), sus aspectos de abordaje nutricional y la aplicación de la EM como técnica de intervención terapéutica. Seguidamente, se exponen los objetivos que se quieren alcanzar con la aplicación de la EM en el grupo de mujeres en etapa de climaterio con exceso de peso entre los 45 y 55 años de edad que laboran en Instituto Nacional de Aprendizaje (INA). Posteriormente se describe la metodología por implementar, para el abordaje correspondiente y recolección de datos, para finalmente una vez aplicada la intervención exponer los resultados y la discusión de los mismos, brindar conclusiones y recomendaciones de la investigación.

## II. Fundamentación teórica y antecedentes

La obesidad, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016), como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede llegar a ser perjudicial para la salud, es considerada hoy día como una enfermedad crónica de gran transcendencia sociosanitaria y económica, constituyendo un problema de salud pública, que incrementa la morbilidad y altera la calidad de vida de quienes la padecen (OMS, 2016; Tárraga, 2014; Lizcano y Guzmán, 2003).

El problema del sobrepeso y obesidad en CR, ha venido incrementándose conforme pasan los años. Así lo reflejan las ENN de 1982, 1996 y 2009, donde la población femenina entre las edades de 45 a 64 años con sobrepeso y obesidad representaba un 55,6%, 75% y 77,3% respectivamente. (Encuesta Nacional de Nutrición de Costa Rica, 2009; Aráuz, 2013; Morales, 2013).

Si este incremento de peso se asocia con la esperanza de vida de la población costarricense, se espera que gran parte de las mujeres vayan a cursar la etapa climaterica con sobrepeso u obesidad. Martínez (2010) menciona: *"Si asumimos que la edad adulta en términos de desarrollo físico inicia a los 21 años y la menopausia en promedio se produce a los 51 en una población que tiene una expectativa de vida de 74, podemos afirmar que una mujer promedio vivirá casi la mitad de su vida adulta entre el climaterio y la menopausia"* (Martínez, 2010).

Para poder comprender esta etapa, es necesario definir el término climaterio, el cual se le conoce como la totalidad del proceso durante el cual la mujer pasa de la etapa reproductiva a la no reproductiva y es caracterizada por dar inicio a eventos biológicos, endocrinológicos, clínicos y psicológicos (Chávez, 2002).

Dentro de esta etapa del climaterio se encuentra la menopausia, la cual corresponde al último periodo menstrual que ocurre debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario. Esta etapa es diagnosticada en retrospectiva, una vez que han transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea, para la cual no exista ninguna otra causa obvia, patológica o fisiológica (Chávez, 2002; Pavón de Paz, 2006).

La menopausia al caracterizarse por una disminución progresiva en la producción de estrógenos, hace que esté asociada a cambios fisiológicos y psicosociales,

provocando atrofia urogenital, disminución de la libido, pérdida de masa ósea y osteoporosis; aumento de la adiposidad abdominal, resistencia a la insulina y dislipidemia, los cuales son factores que incrementan el riesgo de padecer enfermedades crónicas degenerativas, como la enfermedad cardiovascular (Rodríguez, 2012; Martínez, 2010; Lizcano y Guzmán, 2003; Spritzer y Oppermann, 2013).

La OMS (1996), señala que en esta etapa menopáusica, los factores de riesgo para padecer una enfermedad cardiovascular se encuentran los factores hereditarios y hábitos de vida, en los cuales se incluyen la obesidad, dieta desequilibrada con alto consumo de grasas, tabaquismo, poco ejercicio físico, estrés, hipertensión, diabetes y aterosclerosis (Ortega, 2015).

Por otro lado, los cambios hormonales en la etapa menopáusica unidos al propio proceso de envejecimiento y la consiguiente disminución del gasto energético, contribuyen a que la prevalencia de obesidad sea más elevada en las mujeres conforme avanza su edad (Rodríguez, 2012).

El gasto energético basal disminuye casi linealmente con la edad, lo cual se explica debido a una reducción de la actividad metabólica del tejido magro y la disminución proporcional de este (Pavón de Paz, 2006).

Según Rocabado (2005), en la segunda Encuesta Nacional de Salud realizada en los Estados Unidos (NHANES II - National Health and Nutrition Examination Survey), se evidenció cómo la mujer, entre los 50 y los 59 años, aumenta un 14% de su IMC. Dicho aumento de peso generalmente oscila entre los 3 a 4 kg o más (Rocabado, 2005).

Esta ganancia ponderal se asocia a consecuencias adversas para la salud, lo cual puede dar paso al síndrome metabólico, que si se presenta durante la menopausia aumenta el riesgo cardiovascular global en 3.5 veces y la mortalidad en 2.7 veces (Rocabado, 2005).

Pavón (2013), señala que durante esta etapa menopáusica se produce una disminución en la actividad del sistema nervioso simpático, el cual es un factor de riesgo para la ganancia de peso en humanos. Con la edad aumenta el estímulo simpático, pero se produce una regulación a la baja de la respuesta alfa adrenérgica, lo que puede contribuir al desarrollo de obesidad (Pavón de Paz, 2006).



Con la disminución de los estrógenos en esta etapa se favorece un efecto perjudicial en la distribución de grasa, ya que este cambia de un patrón de obesidad ginecoide a una de tipo androide, contribuyendo aún más el riesgo cardiovascular. Según Aráuz (2013), existe un consenso en cuanto a que la acumulación de grasa en la región intraabdominal es un riesgo para las enfermedades cardiovasculares, y que la medición de la circunferencia abdominal es un indicador indirecto para su identificación (Aráuz, 2013; Sharma, 2008; Ortega 2015).

Las mujeres con obesidad de tipo androide (abdominal) presentan niveles alterados a nivel vasomotor, insatisfacción de la vida personal (baja autoestima), nerviosismo, pérdida de memoria, depresión, flatulencia, dolores musculares y articulares, trastornos del sueño y falta de energía (Maure, 2011; Sharma, 2008; Spritzer y Oppermann, 2013).

Este incremento de grasa a nivel abdominal contribuye a la disminución en la sensibilidad de la insulina, favorece la alteración en lípidos plasmáticos, al aumento en la presión arterial, disfunción endotelial e inflamación vascular (Sharma, 2008; Spritzer y Oppermann, 2013; Ortega, 2015).

#### A. Características de la etapa de climaterio (menopausia)

Durante la etapa menopáusica, a nivel hormonal; además del hipoestrogenismo que se presenta, existen hormonas que controlan el apetito, dentro de ellas se destacan la leptina y grelina. La leptina, es segregada en el tejido adiposo que informa al cerebro de la magnitud de las reservas energéticas. La relación de esta con los estrógenos está presente debido a que los estrógenos regulan su secreción (Pavón de Paz, 2006). Los niveles de leptina circulantes en edad fértil son significativamente más elevados, por lo que al entrar en la etapa menopáusica estos presentan un declive bastante considerable, evitando el control activo que este ejerce sobre la disminución del peso corporal. (Pavón de Paz, 2006).

La grelina por su parte es una hormona sintetizada fundamentalmente por las células parietales del estómago y tiene como una de sus funciones regular los comportamientos de alimentación mediante la detección de los niveles de carbohidratos y lípidos a través de la estimulación del receptor de la hormona de crecimiento. Se ha visto que esta hormona durante el periodo menopáusico tiene un aumento, por lo que el apetito

durante este periodo se ve incrementado (Lizcano y Guzmán, 2003; Spritzer y Oppermann, 2013).

Por otro lado, en cuanto aspectos fisiológicos y psicológicos, esta etapa se caracteriza por diversos cambios. Entre uno de los cambios fisiológicos más evidentes están las oleadas de calor, el cual es uno de los síntomas vasomotores más característicos que indican la llegada de la menopausia, tal se puede describir como la sensación súbita de vasodilatación, que se acompaña de una sensación intensa de calor que termina en ocasiones con sudoración excesiva (Martínez, 2010; Schmidta, 2009).

Estas oleadas de calor han sido asociadas a la osteopenia, a la atrofia del tracto urinario, lo que favorece las infecciones y la incontinencia urinaria, al aumento del riesgo cardiovascular, síntomas somáticos, disminución de la libido y pérdida de la elasticidad de la piel e insomnio (Camuñas, 2009; Schmidta, 2009).

Romero (2014), en el estudio SWAN (Study of Women's Health Across the Nation), el cual es uno de los estudios más grandes sobre transición menopáusica e identificación de factores que afectan el ciclo menstrual, hace referencia a una fuerte asociación entre el IMC y mayor presencia de síntomas vasomotores (Romero, 2014).

Por otro lado, en cuanto alteraciones lipídicas, la reducción de la respuesta pancreática a la glucosa y aumento de la vida media de la insulina están relacionadas con la menopausia, ya que conforme esta avanza se presenta un aumento en la resistencia de la insulina (Rocabado, 2005; Davis, 2012).

En cuanto a los cambios vasculares, se observa que el tono arterial es regulado por los estrógenos, los cuales modulan algunas acciones y secreciones mediadoras como la endotelina (vasoconstrictor) y el óxido nítrico (vasodilatador), producido localmente en las arterias. Además, los estrógenos parecen favorecer la vasodilatación arterial aumentando la concentración local de ácido nítrico y disminuyendo la endotelina. Por lo tanto, al existir una disminución estrogénica se da paso a una disfunción endotelial y, por ende, alteraciones lípidas (Rocabado, 2005).

La ausencia de estrógeno produce un cambio en los niveles de oxidación del colesterol LDL, dando paso a una mayor captación de las mismas por los macrófagos, favoreciendo así el estado oxidativo y este consecuentemente a un estado aterogénico (Rocabado, 2005).

En cuanto a los cambios psicológicos, se destaca un deterioro cognitivo, en donde ha sido posible determinar que los bochornos disminuyen el flujo cerebral en el hipocampo, lo que provoca problemas de memoria, cognición y alteraciones en el sueño (Sheperd, 2001; Freedmann, 2006; Backhaus, 2006; Martínez, 2010; Amore, 2004). Uthian (2005) y Backhaus (2006), concuerdan en que las oleadas de calor (principalmente las nocturnas) y la duración del sueño, son indicadores de predicción sobre todo en la falla de la memoria de evocación inmediata y retardada para recordar (Uthian, 2005; Backhaus, 2006; Amore, 2004).

Durante este periodo, también se presentan comportamientos de irritabilidad. Los síntomas relacionados con este factor se manifiestan en la incapacidad para concentrarse y una memoria pobre, lo cual contribuye a una reducción de la productividad, agitación psicomotriz, explosividad, enojo, fricciones interpersonales y llanto, acompañado por quejas somáticas como la cefalea, aturdimiento, dolor articular crónico, dolor de piernas y fatiga (Schmidta, 2009; Bromberger, 2004; Leventhal 2007; Martínez, 2010; Bhatia, 1999; Simon et al 1999; Kroenke, 1994).

Por otro lado, cabe resaltar lo mencionado por Lugones y Navarro (2008) y García y Ramírez (2011), quienes indican que en el papel histórico y social que ha tenido la mujer en la sociedad, ya que contribuye de forma directa sobre cómo enfrentar la etapa de climaterio.

Durante esta etapa la mujer desempeña en el interior de la familia y en la sociedad varios roles como el ser hijas, madres, esposas, abuelas y cuidadoras de enfermos, a lo cual se le suma las responsabilidades sociales de índole laboral. Este panorama genera ciertos niveles de estrés, lo que repercute directamente en la calidad de vida de las misma, ya que las mujeres llegan a autodesplazarse a un segundo o tercer plano en cuanto al velar por su salud respecta. Las sobrecargas de género incrementan al menos en dos veces la percepción de síntomas climatéricos lo que repercute directamente en la calidad de vida con que viven las mujeres de edad mediana (Lugones y Navarro, 2008).

En cuanto al nivel de estrés, estos mismos autores mencionan que si se trabaja hacia un mejor manejo del mismo, se puede disminuir y/o enfrentar de una mejor forma las resistencias al cambio y por ende lograr alcanzar metas y objetivos en la prevención y promoción de salud en este grupo de mujeres.

## B. Intervención nutricional en la etapa de climaterio (menopausia)

La nutrición juega un papel relevante en la salud de la mujer y en la prevención de múltiples condiciones médicas durante su etapa de climaterio (menopausia) (Rocabado, 2005; Davis, 2012, Al-Safi y Polotsky 2015).

Muchas mujeres en CR luchan por vivir con la menopausia en forma más constructiva y vital. La búsqueda de una mejor calidad de vida está basada en ejercicios, dieta, comunicación afectiva y autoestima elevada (Lewis, 2003; Alvarado, 2014).

Confirmando lo anterior, Rodríguez (2012), también señala que para contribuir a un correcto estado de salud y reducir las complicaciones asociadas a la menopausia, es indispensable llevar a cabo una alimentación saludable, adecuada, variada y balanceada.

A partir de los 40 años de edad, desciende la necesidad energética en un 5% por cada década, esto debido a que disminuye la energía que consume el organismo en situaciones de reposo para mantener las funciones vitales. Por tanto, es fundamental tomar en cuenta el disminuir progresivamente el aporte calórico de la alimentación en la mujer (Varela, 2008; Rodríguez, 2012; González, 2014; Gravena, 2013).

El establecer un plan de alimentación para la mujer en esta etapa, debe realizarse tomando en cuenta no solo sus gustos y preferencias, sino también los aspectos fisiológicos, como lo son a nivel cerebral los neuropéptidos, ya que estos se encuentran implicados en el comportamiento alimentario. Dichos neuropéptidos influyen en ciertas preferencias alimentarias, como por ejemplo, el consumo de alimentos con alto aporte de grasa o los niveles de galanina, que durante esta etapa también se encuentran aumentadas, estas van a estimular de igual forma la ingesta de este macronutriente. El aumento en el neuropéptido "Y", también va a estimular la ingesta de carbohidratos, por lo tanto, terminan siendo aspectos relevantes cuando se va a establecer un plan de alimentación (Pavón de Paz, 2006).

Dentro del plan de alimentación de la mujer en etapa de climaterio es importante evitar el consumo excesivo de grasas saturadas, limitar la ingesta de alimentos azucarados, bebidas alcohólicas y de sal, aumentar el consumo de pescado e incluir alimentos ricos en fibra como verduras, frutas, legumbres, cereales integrales y frutos secos (Varela, 2008; Al-Safi y Polotsky 2015).

Durante esta etapa el mantener horarios de alimentación es fundamental, donde no existan solamente uno o dos tiempos de comida principales que estén espaciados por muchas horas, sino que también es primordial que se cuente con pequeñas meriendas. El omitir las meriendas entre las comidas principales puede provocar que el organismo se exponga a hipoglucemias, lo cual se asocia a una mayor frecuencia de sofocos, irritabilidad y cansancio (Varela, 2008).

Por otro lado, dentro de la intervención dietoterapéutica, es importante tomar en cuenta aspectos preventivos acerca del riesgo cardiovascular que presenta esta población (González, 2014). La Asociación Americana del Corazón (AHA) (2015) recomienda para toda la comunidad que presente riesgo cardiovascular (incluyendo mujeres con menopausia), un plan de alimentación con las características descritas en el cuadro 1, con respecto al aporte de fibra, tipo de grasa y cantidad de carbohidratos.

Cuadro 1. Recomendaciones de nutrientes para las mujeres en etapa de climaterio (menopáusicas) con riesgo cardiovascular.

<b>Nutrientes</b>	<b>Recomendaciones AHA</b>
Fibra	25g a 30g al día
Lípidos totales	25% a 35% del VET
AG Poliinsaturados	Hasta el 10% del VET
AG Monoinsaturadas	Hasta el 20% del VET
AG saturados	<7% del VET
AG Trans	Limitar a <1% del VET
Colesterol	Limitar a < de 200mg/día
Carbohidratos	55 a 60% del VET
Sodio	<2,300 mg/día

Fuente: Asociación Americana del Corazón, 2015.

Además de llevar una alimentación balanceada en macronutrientes, la dieta también debe estar equilibrada con ciertos suplementos y vitaminas, dentro de las cuales la vitamina D y el calcio son fundamentales (Martínez, 2010).

En cuanto al calcio es relevante mencionar que en el organismo tiene una relación estrecha con las hormonas ováricas, específicamente con los estrógenos. La disminución de los estrógenos hace que los niveles de acidez gástrica disminuyan y por ende se disminuya la absorción del mineral a nivel intestinal. Consecuentemente, al no obtenerse el calcio necesario por medio de la dieta, el cuerpo recurre a extraer el calcio de los huesos, provocando alteraciones de la densidad mineral ósea (Martínez, 2010).

Esta descalcificación ósea también puede verse acelerada por diversas causas, entre ellas una dieta pobre en calcio y hábitos inadecuados, como lo son el consumo elevado de sal, alcohol, cafeína y el tabaco. (Varela, 2008).

En un estudio realizado por Navarro (2009), se observó que la población de mujeres con menopausia presenta un bajo consumo de calcio, donde este es menor a 700mg/día, lo cual refleja que menos de la mitad de la recomendación diaria está siendo consumida y por ello es que en esta etapa deben recibir suplementación de calcio y vitamina D, con 1500mg/día y 5 µg, respectivamente (Martínez, 2010; Navarro, 2009).

El consumo de alimentos fuente de isoflavonas, también son recomendables, ya que estas son sustancias químicas que pertenecen a la familia de los fitoestrógenos, los cuales al ser ingeridos actúan sobre los receptores de estrógeno del cuerpo, ayudando así a disminuir diversos síntomas como el sofoco, fatiga, sudor nocturno y cambios en el estado de ánimo; además, también contribuyen a la prevención de osteoporosis y a la protección cardiovascular. Para obtener estos beneficios se recomienda que el consumo de isoflavonas sea de 40mg a 80mg al día (Varela, 2008).

A parte de una alimentación balanceada es indispensable que la mujer en la etapa menopáusica realice actividad física. De acuerdo con la OMS, las personas adultas deben de realizar al menos 150 minutos de actividad física moderada o 75 minutos de actividad física vigorosa por semana para obtener beneficios en la salud. Todas las personas que realicen menos de lo recomendado se consideran como inactivas o sedentarias (Ortega, 2015).

El Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM), recomienda que personas con obesidad aumenten o realicen ejercicio al menos 150 minutos/semana con una intensidad moderada, para así obtener beneficios para la salud más allá que únicamente la pérdida de peso. Sin embargo, para lograr pérdida de peso total a largo plazo es necesario que la duración del ejercicio sea mayor, entre 200 a 300 minutos/semana, lo cual es equivalente a 30 a 45 minutos/día (González, 2014).

Según la AHA (2015), el realizar actividad física mejora la función del corazón y el perfil lipídico, esto al reducir el colesterol total. A su vez, se disminuye la presión arterial (PA) y la frecuencia cardíaca en reposo. Ser activo ayuda a aumentar la sensibilidad a la

insulina, mejora la fuerza, el equilibrio, la resistencia y la salud mental, generando a su vez confianza en la persona, independencia, disminución del estrés, ansiedad y síntomas de depresión.

En cuanto al consumo de tabaco, la OMS (2016), indica que su consumo es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer, enfermedades pulmonares y cardiovasculares. Relacionado con lo anterior, se sabe que la nicotina estimula la producción de diversos neurotransmisores, como epinefrina, norepinefrina, dopamina, acetilcolina y vasopresina, los cuales actúan simultáneamente en receptores centrales y periféricos, aumentando los niveles de PA (Calderón y Mauricio, 2011).

Por otro lado, con lo que respecta al consumo de bebidas alcohólicas, el disminuir su consumo se asocia con el descenso de la PA. Se ha visto que el disminuir una bebida diaria se traduce a un descenso de 1mm Hg en la PA. El consumo de estas bebidas en mujeres menopáusicas debe de ser moderado, ya que el consumo excesivo de estas incrementa el déficit de calcio y predisponen a la HTA y OB (Calderón y Mauricio, 2011).

### C. Técnicas de intervención terapéutica en pacientes con exceso de peso.

Uno de los principales retos para la salud en la actualidad es el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que el control adecuado del peso corporal es esencial en el cuidado de la salud, en especial cuando las mujeres se encuentran en la etapa vital del climaterio (Bóveda et al, 2012).

Con respecto a la atención primaria de este tipo de pacientes, se les debe realizar una atención integral e individual, buscando identificar la presencia de factores de riesgo y la detección de síntomas, para así aplicar las medidas terapéuticas necesarias y atinentes que logren impactar de forma positiva en su calidad de vida para los años venideros (Ortega, 2015; Pavón de Paz, 2006).

En el tratamiento del SP y OB, con solo recurrir a la dieta y ejercicio puede que inicialmente se den reducciones de peso; sin embargo, estas no se presentan de manera sostenida en el tiempo; siendo un aspecto importante a considerar, ya que es necesario implementar estrategias de motivación en estos pacientes, para que perseveren en los cambios de estilo de vida (Tárraga, 2014).

Dentro de las intervenciones terapéuticas, existen varias técnicas que han sido sustentadas con evidencia científica sobre sus beneficios en la salud del paciente, dentro de ellos se encuentra la Entrevista Motivacional (EM).

#### D. Entrevista motivacional (EM): técnica para el abordaje nutricional.

La EM es un tipo de entrevista clínica centrada en el paciente, que ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de conductas o hábitos no saludables, para promover cambios hacia un mejor estilo de vida (DiMarco, 2009; Lizarraga y Ayarra, 2001; Prochaska y DiClemente, 1992).

Esta técnica facilita que el paciente se posicione hacia el deseo de cambio, tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros, potenciando su capacidad de actuar al respecto y su percepción de eficacia (DiMarco, 2009; Lizarraga y Ayarra, 2001; Prochaska y DiClemente, 1992; Bóveda, 2015).

Según Bóveda (2012), las estrategias de la EM se basan en un estilo colaborativo, evocativo y de respeto a la autonomía del paciente. Esta se fundamenta en cuatro procesos, en los cuales están el establecer una relación paciente-terapeuta, definir el objetivo a abordar, despertar el interés de cambio en el paciente y finalmente, establecer un plan de acción.

Si se compara esta técnica con el modelo informativo tradicional, esta última presenta características poco fructíferas para la educación y adherencia a tratamientos, el dar y repetir consejos, intentar persuadir, actuar con autoridad y ser rápido y poco conciso, quedan opacadas por las características beneficiosas que ofrece el modelo motivacional, el cual estimula la motivación, para así pasar a la acción; además, favorece la reflexión, resume puntos de vista y actúa colaborando para ayudar a decidir el cambio. (Lizarraga y Ayarra, 2001; Bean, 2014; Bóveda, 2015; Sabini, 2014; Hettema, 2008; Flórez y Carranza, 2007; Alarcón y Carranza, 2007).

La EM combina un estilo terapéutico empático y de apoyo, con un método claramente directivo hacia la resolución de la ambivalencia, donde el profesional de la salud tiene un papel facilitador o de guía, que ayuda al paciente a identificar las contradicciones entre su conducta actual y lo que considera como valores y bienes para su salud, reconociendo y reflexionando sobre su propia ambivalencia. (Brug, 2007;



Armstrong, 2011; Bóveda, 2015; Alarcón y Carranza, 2007).

Se ha considerado que la ambivalencia ejerce un rol determinante en el proceso y en el resultado terapéutico. A lo largo del proceso los pacientes suelen adoptar dos posiciones opuestas acerca del cambio, por un lado, piensan en la necesidad y la importancia del cambio, y por el otro la rechazan (Oliveira, J; Gonçalves, M; Braga, C y Ribeiro, A, 2016).

Según Oliveira et al (2016), la ambivalencia puede presentarse cuando se observa que el paciente cree que el cambio será positivo para su vida y tiene el conocimiento de lo que es necesario hacer para conseguir el cambio, pero existen la presencia de conductas que van en contra del cambio; por tanto, la ambivalencia tiene dos aspectos claves: la importancia y la autoeficacia.

El éxito de este tratamiento viene asociado a una buena escucha, junto a indicaciones adaptadas a los gustos del paciente y al contexto en el que se encuentra, es por ello que la EM se muestra más eficaz que las intervenciones tradicionales de promoción de hábitos saludables para la prevención y tratamiento de la OB (Goikoetxea, 2014).

La EM y el modelo transteórico del cambio se desarrollaron paralelamente en la década de 1980, aunque ambas evolucionaron de forma independiente. Ya para el año 1992, Prochaska y DiClemente, en el modelo transteórico, mencionan las etapas del cambio por las cuales atraviesa una persona para disponerse hacia este, siendo estas la precontemplación, contemplación, preparación-acción, mantenimiento y recaída, las cuales se explica detalladamente en el cuadro 2 (García y Morales, 2015; Goikoetxea, 2014; Bóveda, 2015). Estas etapas se agrupan en 2 fases, la primera se centra en aumentar la motivación de cambio (precontemplación, contemplación), y la segunda en consolidar el compromiso de cambio (preparación, mantenimiento y recaída) (Hettema, 2008).

Cada fase registra una actitud mental diferente y necesita una actuación profesional específica, por eso es fundamental detectar en qué estadio se encuentra el paciente, el cual puede evolucionar de un estadio a otro en tiempos variables e inclusive se puede dar en el transcurso de una consulta (DiMarco, 2009; Lizarraga y Ayarra, 2001; Prochaska y DiClemente, 1992).

Cuadro 2. Características de las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente.

Etapa	Características de la etapa
Pre contemplación	Se quiere que este inicie a cambiar su pensamiento y a trabajar en las creencias erróneas. Se informa para así facilitar la toma de conciencia respecto a las conductas de riesgo. El paciente no considera que tiene un problema y no intenta cambiar, es decir hay resistencia.
Contemplación	Etapa caracterizada por la ambivalencia, donde el paciente intenta cambiar pero siempre hay un “pero”. El paciente ya conoce las consecuencias negativas de no hacer el cambio, pero no sabe cómo comenzar o cómo hacerlo.
Preparación	El paciente presenta cambios pequeños e inconsistentes, ya que la ambivalencia no está totalmente resuelta. El objetivo de esta etapa está en lograr que el paciente se proponga al cambio, elaborando un plan de acción que le sea útil y alcanzable a corto plazo.
Acción	Objetivo de esta etapa es el tratar de reforzar y revisar habilidades de afrontamiento para manejar situaciones de riesgo de recaída. Destacar logros y consecuencias positivas, y continuar aprovechando los errores como aprendizaje. Ya para este punto el paciente presenta cambios consistentes, donde ya se definen propuestas y plazos de acción, porque internamente se siente motivado y existe auto-confianza.
Mantenimiento	Etapa en la cual ya hay aumento en la autoeficacia y la autoconfianza, y se deben de prever situaciones de riesgo. En el mantenimiento ya las conductas adoptadas se transforman en un estilo de vida.
Recaída	En esta etapa es importante hacerle ver al paciente que existe la posibilidad en que ocurra, y que no lo visualice como algo catastrófico que le impida seguir adelante. Se debe evitar la culpabilización y que se tome como un elemento más de aprendizaje del proceso.

Fuente: (Bean, 2014; Bóveda, 2015; Sabini, 2014; Hettema, 2008; Flórez y Carranza, 2007; DiMarco, 2009; Lizarraga y Ayarra, 2001; Prochaska y DiClemente, 1992)

Como se mencionó anteriormente, la esencia de la EM va a depender de la interacción entre el profesional y el paciente, relación de la cual deben de tomarse en cuenta cuatro elementos claves: colaboración, aceptación, compasión y evocación (Bóveda, 2015).

La colaboración implica una relación que valora, respeta las habilidades y la perspectiva del paciente, en donde durante la intervención se trabaje “por” y “con” la persona. La aceptación involucra el apreciar la valía y potencial del paciente, verlo como un ser único en donde se trata de comprender su perspectiva, es decir ser empático. El

ser compasivo permitirá comprender el compromiso que tenga el paciente para alcanzar su bienestar, dando prioridad a sus intereses y necesidades y, por último, la evocación parte de la premisa de que las personas ya tienen en sí mismas mucho de lo que necesitan para el cambio y la tarea del profesional consiste en evocarlo, en hacerlo salir (Bóveda, 2015).

La EM busca resolver las barreras, que son aspectos concretos que manifiestan las personas que les impide hacer el cambio, a su vez permite que el paciente reconozca los elementos facilitadores para propiciar el cambio.

Según Kumat et al (2013), una barrera se considera como una situación, que genera dificultad para el cambio, impidiendo nuevos comienzos. La EM pretende dar giro a esa barrera, fomentando una nueva percepción para el cambio.

Por otro lado, las ambivalencias definidas así por el mismo autor, son consideradas también como un estado anímico en el que conviven emociones opuestas que le impiden dar el paso hacia el cambio, se reconocen cuando la persona muestra un deseo o necesidad, pero al mismo tiempo expresa sus dificultades para lograrlo.

El paciente no solo debe expresar sus barreras y ambivalencias hacia el cambio, sino que también debe de identificar esos elementos facilitadores que dan paso al cambio. Según Brenes (2016). El paciente al poder identificar aquellos elementos a su favor, le permite hacer uso de estos e incluirlos como estrategias para alcanzar sus objetivos (Brenes, 2016).

#### E. Principios y Estrategias de la EM

Según algunos autores (García y Sánchez, 2013; Bóveda, 2015; DiMarco, 2009; Lizarraga y Ayarra, 2001 y Prochaska y DiClemente, 1992), para poner en práctica la EM, el profesional en salud debe cumplir con ciertos principios básicos. Entre ellos está el resistir el reflejo de redireccionamiento, evitar reconducir, persuadir o discutir con el paciente sobre el problema o la solución del mismo, el entender y explorar las motivaciones del paciente, en donde se identifique si estas son intrínsecas o extrínsecas, el escuchar de manera empática, el empoderar al paciente apoyando el sentido de autoeficacia, el desarrollar la discrepancia (hacer que el paciente se dé cuenta de lo que está diciendo y en donde es que debe de cambiar) y finalmente trabajar las resistencias,

en donde se le sugiere al paciente otros puntos de vista sin imponerlos y permitir que el paciente encuentre las soluciones.

Por otro lado, en diversas publicaciones en las cuales se ha implementado la EM como técnica terapéutica, se indica que para el éxito de la misma, es necesario recurrir a ciertas estrategias vitales que orientarán al paciente hacia el éxito. Entre ellas se destacan las siguientes (Greaves, 2008; Bean, 2014; Bóveda, 2015; Sabini, 2014; Hettema, 2008; Flórez y Carranza, 2007; García y Sánchez 2013):

- Preguntas abiertas: este tipo de preguntas se realizan con el fin de explorar las creencias, capacidades, puntos de vista, emociones y/o valores del paciente con respecto a una determinada conducta. Esto facilitan el diálogo y le permite en gran manera al paciente el sentirse escuchado y comprendido.
- Validación: donde se busca y valida explícitamente lo positivo que va emergiendo en su discurso, sus aptitudes, habilidades e interés, sin que este se sienta juzgado.
- Escucha reflexiva: es una habilidad básica de la EM, donde se trata de recoger lo que dice el paciente, intentando deducir cual es realmente el mensaje que nos transmite, visualizar el trasfondo y devolverlo de manera amplificada.
- Resumen: consiste en recoger la información del discurso del paciente, por medio de la utilización de preguntas abiertas y reflexiones selectivas. El terapeuta centra al paciente en aquellas áreas que parecen importantes para trabajar la ambivalencia y el cambio.
- Provocación de frases automotivadoras: consiste en facilitar la expresión de afirmaciones en relación al cambio mediante preguntas.

Además de estas estrategias, Lizarraga y Ayarra (2001), indican que existen una serie de "trampas" que interfieren fácilmente en el progreso del paciente hacia el deseo del cambio. Estas "trampas", se deben evitar, ya que podrían generar una resistencia innecesaria en el paciente. Entre ellas se destacan: 1) Pregunta-Respuesta: el realizar preguntas en donde la respuesta puede ser corta y simple, evita que el paciente haga reflexión y que haya poca interacción, 2) Confrontación-Negación: entre mayor confrontación al paciente con su situación, él o ella se volverá más resistente al cambio, 3) Trampa del experto: el terapeuta debe evitar el brindar las respuestas y soluciones, ya que le paciente es quien debe buscar sus propias soluciones, 4) Etiquetaje: error que se debe evitar a toda costa, ya que el etiquetar a un paciente con palabras como "obeso",

“alcohólico” o para efectos de este estudio la palabra “menopáusica”, genera un estigma en el paciente, provocando resistencias innecesarias, 5) Focalización prematura: al terapeuta le parece más importante enfocarse en un tema, mientras el paciente desea hablar sobre otros que le preocupan, y finalmente 6) Culpabilización: el gastar demasiado tiempo en buscar y analizar culpables del problema pone al paciente a la defensiva. La culpa es irrelevante y conviene afrontarla con reflexión y reformulación de las preocupaciones del paciente (Lizarraga y Ayarra, 2001).

#### F. Evidencia de la efectividad de la EM

Las EM han sido aplicadas anteriormente en diversos estudios, donde se ha demostrado que, para intervenciones de pérdida de peso, resultan eficaces en cuanto al cambio en el comportamiento de adultos, por lo que con el paso del tiempo ha generado mucho interés (Wong y Cheng, 2012; Greaves, 2008; Armstrong, 2011; Dobrow, 2009; Lundahl, 2009; Alvarado, 2014).

Según Greaves (2008), se indica que en los pacientes con DM tipo 2 existía un problema muy marcado en el cambio de conducta, por lo que se requerían intervenciones intensivas para mejorar su condición, siendo la EM una opción muy efectiva para un camino de éxito para el tratamiento y adherencia del paciente (Greaves, 2008).

Por otra parte, Goikoetxea (2014), menciona que se ha visto un mayor éxito en la EM cuando la intervención es individualizada en comparación a intervenciones grupales; a su vez se menciona que la falta de seguimiento (6 o menos sesiones) se ha relacionado con una menor eficacia en el cambio conductual. No obstante, el tiempo destinado a las consultas parece no influir en el éxito del tratamiento cuando este es de calidad. Se indica que a pesar de que sean encuentros breves, su efectividad se ve dictada por una mayor cantidad de veces que se asista a las sesiones. Por otro lado, se ha visto que un mayor énfasis en los factores de motivación durante los meses de mantenimiento también hace que se consigan mejores resultados 12 meses después de terminada la intervención para la pérdida de peso. Asimismo, Bóveda (2012), menciona que Rubak et al en su metanálisis, encontraron que en el 74% de los estudios la EM resultó ser efectiva, y a su vez se observó que las intervenciones cortas de incluso solo 15 minutos aplicando la EM, son efectivas y que la probabilidad de éxito aumenta con el número de encuentros con el paciente y con periodos de seguimiento más prolongados. (Bóveda 2012; Tárraga, 2014;

Lundahl y Burke, 2009; Goikoetxea, 2014; Lakerveld, 2013).

Bóveda (2012), menciona que en una revisión de Thompson et al, en la cual se examinan los estudios publicados entre 1999 y 2009, concluye que la EM es un medio atractivo y eficaz para lograr cambios prometedores y potenciales en el comportamiento para mejorar la salud cardiovascular.

En un estudio piloto randomizado publicado por Smith (1997), cuyo objetivo era identificar la efectividad de la EM en comportamiento y adherencia de personas obesas con descontrol glicémico, distribuidas entre grupo control y experimental durante 16 semanas, se observó que el grupo sometido a la EM asistió con mayor frecuencia a las sesiones, completaron y se dieron auto seguimiento diario con recordatorios de alimentación y también presentaron un mejor monitoreo de su glicemia siendo este más constante, reflejando así mejores niveles glicémicos. Por lo que se sigue concluyendo que el tratamiento con EM es un gran aliado para mejorar la adherencia (Smith, 1997).

En un estudio retrospectivo, en donde se quiso evaluar la efectividad de la EM en mujeres con obesidad y problemas de fertilidad, se obtuvo que la EM favoreció considerablemente a estas mujeres en su pérdida de peso, a comparación de cuando se habían sometido a una intervención tradicional de consejería. Con esto se concluye y se confirma una vez más que la EM resulta ser una herramienta exitosa para programas de pérdida de peso (Karlsen, 2013).

En otro estudio donde se analizó si un programa de intervención de 6 meses con 11 sesiones individualizadas utilizando la técnica de EM, lograría reflejar beneficios en la salud de pacientes obesos. Demostró que el grupo sometido a la EM, logró una pérdida de peso significativa de un 5% de su peso total (Greaves, 2008). A su vez Karlsen (2013), también menciona que la aplicación de la EM permite que los pacientes presenten una pérdida de peso entre un 7–10% del peso total en un periodo de 6 meses.

En la investigación realizada por Hardcastle (2013), donde quisieron evaluar la efectividad de la EM con 6 meses de intervención y 12 de meses de post intervención en pacientes con riesgo cardiovascular, se observó que en las sesiones realizadas durante la primera parte se favorecieron significativamente a la disminución del IMC y colesterol; no obstante, en la post intervención (doce meses después) la presión arterial, peso e IMC no se mantuvieron en el tiempo (Hardcastle, 2013).

### III. Objetivos

#### A. Objetivo general

- Evaluar los efectos de la implementación de herramientas de la Entrevista Motivacional como parte de la consulta nutricional individualizada, en mujeres en la etapa de climaterio con exceso de peso entre 45 y 55 años, que laboran en el Instituto Nacional de Aprendizaje.

#### B. Objetivo específico

- Describir el perfil sociodemográfico del grupo en estudio.
- Caracterizar el Estado Nutricional antes y después de la implementación de la Entrevista Motivacional en la consulta nutricional en el grupo de estudio.
- Identificar las barreras referidas por el grupo de estudio en relación con la adherencia al tratamiento dietoterapéutico.
- Describir la etapa de cambio en que se encuentran las participantes antes y después de la implementación de la Entrevista Motivacional en la consulta nutricional en el grupo de estudio.
- Comparar los cambios en el estado nutricional, las etapas de cambio y las barreras.

## IV. Metodología del proyecto

### A. Pregunta de investigación

¿Podrá la Entrevista Motivacional individual favorecer la pérdida de peso y promover una mayor adherencia a un estilo de vida saludable, que mejore la calidad de vida de las mujeres en etapa de climaterio entre 45 a 55 años de edad, que laboran en el Instituto Nacional de Aprendizaje?

### B. Ubicación geográfica del proyecto

El Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) es una entidad autónoma, cuya principal tarea es promover y desarrollar la capacitación y formación profesional de los hombres y mujeres (INA, 2016). Dicha institución cuenta con un sindicato de trabajadores, llamado SITRAINA, el cual brinda a sus afiliados convenios de salud, dentro de los cuales destacan los servicios de odontología, oftalmología y nutrición (SITRAINA, 2016).

El servicio de nutrición que ofrece el sindicato, lo brinda la empresa Nutribienestar, quien desde hace 4 años ofrece sus servicios a todos los trabajadores INA.

SITRAINA, le facilita a esta empresa Nutribienestar un espacio físico (consultorio) que se encuentra ubicado contiguo a la oficina del sindicato en La Uruca. El horario para la atención nutricional es de lunes a viernes de 7:00 am a 3:00 pm (horario institucional).

### C. Características de la población meta

Para referirse a las mujeres que formaron parte de este estudio, en todo momento se utilizó el término "mujeres en etapa de climaterio", el cual a su vez, le hará ver a las pacientes que esta condición es una etapa y no una condición que va a determinar el resto de sus vidas.

Se trabajó con una muestra de 15 pacientes cuya elección fue a conveniencia, con las siguientes características:



- Criterios de inclusión: Ser mujer, con edades entre 45 y 55 años, con  $IMC \geq 30$ , diagnosticada por un profesional en Nutrición, estar trabajando en el INA, sede de La Uruca y contar con una escolaridad mínima de secundaria completa.
- Criterio de exclusión: Presentar cáncer de cualquier tipo o que se encuentre con tratamientos de quimioterapia o radioterapia, pacientes con DM tipo 1 o 2, pacientes con discapacidades psíquicas con o sin tratamientos (depresión mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar; trastornos de pánico, u otro), menopausia quirúrgica o uso de medicamentos que afectan la función ovárica.

#### D. Aval de las autoridades correspondientes

El aval correspondiente para realizar la intervención en la población, se encuentra en el anexo #1. Dicho permiso, está documentado en el oficio número 102-2017, el cual fue otorgado por el señor Ricardo Jara Núñez, secretario general del SITRAINA.

#### E. Características a estudiar en la población meta:

Las características a tomar en cuenta para el estudio de la población meta fueron:

- Sociodemográficas: caracterización de las personas del estudio en términos de edad, lugar de residencia, estado civil, escolaridad, puesto laboral actual, horas de trabajo y cantidad de hijos.
- Clínicas: caracterización de las personas del estudio en términos de antecedentes clínicos familiares (DLP, HTA, OB, DM, tiroideopatías, hepatopatías, cáncer u otro) y antecedentes clínicos personales (DLP, HTA, OB, anemia, gastritis, colitis, estreñimiento u otros).
- Nutricionales: consiste en valorar medidas antropométricas dentro de las cuales se incluyen peso, talla, circunferencia abdominal (Cab) e IMC. También se incluye la caracterización de los hábitos alimentarios, dentro de los cuales se destacan aspectos como frecuencia de consumo de los distintos grupos de alimentos (lácteos, vegetales, frutas, cereales, embutidos, azúcares, grasas y alimentos con alto aporte de grasas y azúcares), persona(s) responsable(s) de su alimentación, forma/técnica de preparar los alimentos, tiempos de comida que realiza, práctica de picoteo entre los tiempos de comida, tiempo que disponen para consumir y

preparar sus alimentos, frecuencia de consumo de agua, bebidas alcohólicas y fumado. En cuanto al estilo de vida se incluyen los aspectos de actividad física y horas de sueño.

- Barreras que presenta el paciente durante la intervención: se define como cualquier inconveniente sea a nivel físico, de pensamiento/mental o situación del entorno, que le dificulta o impide a la paciente lograr alcanzar los objetivos o metas del tratamiento dietoterapéutico, mientras se trabaja la EM. También se incluyen los aspectos de ambivalencias, que se definen como un estado anímico en el que conviven emociones opuestas. La persona puede ser ambivalente ya sea en cuanto a la importancia de realizar el cambio y/o autoeficacia para poder realizarlo. Una vez detectadas las ambivalencias, estas se cuantifican al inicio y final del proceso de intervención, indicando "muy alto", "alto", "bajo" o "desapareciendo". Aquellas que se mencionan como "muy alto" representan el número de veces (tres o más) que las personas a partir de sus comentarios mencionan ambivalencias fuertes que les impiden hacer el cambio, donde aún su dificultad para hacer el cambio esta presente. Las ambivalencias que se identifican como "alto" son las mismas ambivalencias que iniciaron "muy altas", donde algunas de ellas se resuelven o elaboran por parte del participante, disminuyendo un poco pero no tanto como para indicar "bajo". La indicación "bajo" es cuando las ambivalencias prácticamente desaparecen y dejan de influir en la decisión hacia el cambio, pero que aún hay presencia de estas en alguna medida. La última indicación "desaparece", hace referencia a la no presencia de ambivalencias, por lo tanto no esta afectado su avance hacia el cambio.
- Facilitadores: considerados con situaciones o elementos que posee el paciente a su favor que le permiten o favorecen el cambio. Estas pueden estar presentes tanto antes o durante la intervención.
- Etapa de cambio según Prochaska y Diclemente: se define como un modelo que explica las fases que una persona necesita superar en el proceso de cambio de una conducta problemática (o conducta que se pretende cambiar) a una que no lo es, considerando la motivación como un factor importante. Este modelo brinda la oportunidad de comprender que el desarrollo humano no es lineal sino más bien circular, donde se puede pasar por diversas fases, e incluso estancarse y retroceder en el camino del cambio. Las etapas que se destacan son las siguientes:

- Precontemplación: se define como una etapa en la cual la persona no es consciente de tener un problema, y es frecuente que haya mecanismos de defensa como la negación o la racionalización.
- Contemplación: se define como una fase donde la persona se da cuenta de que tiene un problema, empieza a mirar los pros y contras de su situación, pero todavía no ha tomado la decisión de hacer algo.
- Preparación: se define como la etapa en donde la persona ya ha tomado la decisión de hacer algo al respecto y empieza a dar algunos pequeños pasos.
- Acción: etapa en la que la persona toma ya los pasos necesarios para hacer el cambio. La persona está decidida y no presenta excusas para realizarlo.
- Mantenimiento: se define como la etapa en donde la nueva conducta deseada está instaurada y este empieza a ser un nuevo hábito.
- Recaída: se define como la etapa en donde el paciente retrocede a alguna de las etapas anteriormente descritas, en donde se pretende volver a enganchar al paciente hacia el cambio.
- Ventajas y desventajas de la técnica de intervención: se definen como cambios positivos o negativos en el comportamiento y forma de pensar de la paciente, en cuanto a su estilo de vida, forma de abordar y afrontar los obstáculos que le puedan perjudicar hacia el cambio o mantenimiento de un estilo de vida saludable, después de aplicar la EM en la consulta.

#### F. Descripción de procedimientos para la ejecución de las actividades del proyecto.

Se trabajó con una muestra de 15 mujeres que se encontraban en la etapa de climaterio, con edades entre 45 a 55 años, durante un periodo de 4 meses continuos del año 2018, con sesiones de seguimiento cada 15 días. No obstante, debido a permisos laborales, huelgas nacionales e incapacidades hubo un distanciamiento mínimo entre una sesión y otra de 13 días y un máximo de 22 días.

El reclutamiento de las participantes, se realizó en dos etapas. En la primera etapa se dio el primer contacto con las participantes a través de una invitación abierta vía correo electrónico para formar parte de la intervención (anexo 13), posteriormente vía telefónica y de mensaje de texto, 36 mujeres respondieron y se mostraron interesadas en participar. Todas estas mujeres se anotaron en orden según se fueron comunicando, dando

prioridad a las primeras 15 mujeres y las 21 restantes quedando en lista de espera en caso de que alguna de las primeras no cumpliera con algún requisito. Como segunda etapa, se contactó nuevamente por vía telefónica a las primeras 15 mujeres, para coordinar una cita de entrevista, la cual consistió en corroborar la información brindada en la primera etapa, realizar preguntas fundamentales para el estudio que no se pudieron constatar en el afiche que se envió vía correo y firmar el consentimiento informado. De las 15 mujeres elegidas inicialmente, solamente 8 cumplieron con todos los requisitos, por lo que se prosiguió a realizar el mismo procedimiento para encontrar las 7 mujeres faltantes, tomadas de la lista de espera inicial.

En cuanto al tratamiento nutricional implementado en estas mujeres en etapa de climaterio, primero se realizaron los cálculos correspondientes para obtener el requerimiento calórico, utilizando la fórmula de Harris Bennedict y peso ajustado de cada paciente para establecer los planes de alimentación.

El tratamiento clínico nutricional establecido para las quince mujeres fue orientado hacia la pérdida de peso, siendo esta una dieta hipocalórica, normoprotéica, modificada en carbohidratos complejos, fraccionadas en 5 tiempos de comida.

El aporte calórico de los planes de alimentación se realizó de forma individualizada, donde la distribución de macronutrientes se estableció de la siguiente manera: 50 y 55% de carbohidratos, un 20 a 25% de proteínas y de grasas de 25 a un 30%. Para el aporte de carbohidratos se recomendó el consumo de carbohidratos complejos por ende fuente de fibra; para el consumo de proteínas se les instó al consumo de carnes magras y semi magras, en donde se priorizara el consumo de carnes blancas, principalmente de pescado, atún, pollo, disminuyendo el consumo de carnes rojas y eliminando el consumo de embutidos. En cuanto al consumo de grasas, se recomendó el consumo de grasas mono y poliinsatuadas, disminuyendo así opciones de alimentos o preparaciones cuyo contenido de grasas saturadas y trans fueran altos. Además se recomendó disminuir el consumo de sodio, aumentar el consumo de agua entre 1,5 a 2 litros diarios y el dar énfasis al consumo diario de alimentos fuente de calcio, vitamina D e isoflavonas.

Las sesiones tuvieron una duración de 60 minutos, exceptuando la primera, la cual fue de 90 minutos. En esta primera cita se obtuvo información básica de la paciente, para

ello se utilizó el formulario de características sociodemográficas (anexo 3), el formulario de anamnesis (anexo 4), donde se comenzó a detectar y registrar barreras y ambivalencias que la paciente fuese expresando, las cuales fueron documentadas en el formulario de identificación de barreras (anexo 5).

Con la información recopilada en la anamnesis, preguntas claves realizadas a lo largo de las sesiones, y la evolución de las pacientes, se logró analizar y priorizar los temas de abordaje para cada sesión. Estos temas se eligieron de forma estratégica con el fin de abordar de la mejor forma sus necesidades, tanto por hilo conductor de aprendizaje como por dudas y dificultades expresadas por ellas.

Cada sesión tuvo una estructura de apertura, exploración, construcción y cierre. En la apertura de la sesión se tiene como objetivo conocer, generar empatía y confianza con cada paciente y ver en qué etapa de cambio se encuentra. A su vez se les explicó a las pacientes cómo iba a ser la dinámica de la sesión, sin que esta se desarrolle de forma estructurada, sino más bien fluida.

En la exploración se indagó sobre las ambivalencias y barreras que presentaron en el transcurso de las sesiones, lo cual permitió visualizar el avance y resolución de los mismos.

Para la construcción de la sesión se recurrió al diálogo y educación nutricional según necesidades y problemas que se fueron presentando. En el cuadro 3, se observa la temática y la justificante de cada una de las sesiones; a su vez, en el anexo 15 y 16 se encuentra la programación didáctica para cada una de estas sesiones y las fotografías de los materiales utilizados para el aprendizaje y desarrollo de las sesiones.

Al finalizar la construcción y antes de dar el cierre en cada una de las sesiones se realizó el pesaje de las pacientes. Se procuró tomar las medidas antropométricas una vez ya finalizada la sesión y no al inicio, ya que el objetivo fue no centrarse solamente en cambios de peso, sino en los cambios positivos en hábitos y estilos de vida que lograron.

Finalmente, para el cierre de cada sesión, las pacientes se propusieron objetivos y pequeñas metas a alcanzar, para llegar a comentarlas la próxima sesión.

**Cuadro 3. Temática y justificación de las ocho sesiones aplicadas en las mujeres participantes de la investigación, INA, sede La Uruca, 2018.**

<b>Sesión Y Temática</b>	<b>Justificación</b>
<b>Sesión 1.</b> <i>Qué es la etapa del climaterio y qué está ocurriendo en mi cuerpo?</i>	Falta de conocimiento sobre la etapa del climaterio, características, cambios que ocurren en el cuerpo y su manejo nutricional para una mejor calidad de vida.
<b>Sesión 2.</b> <i>¿Cómo debe de ser mi alimentación en esta etapa?</i>	Falta de conocimiento y confusión sobre aspectos de la alimentación saludable y la importancia de cubrir los macro y micronutrientes en la dieta durante la etapa del climaterio.
<b>Sesión 3.</b> <i>¿Qué pasa si no hago cambios en mi estilo de vida durante esta etapa?</i>	Desconocimiento de las enfermedades ligadas al exceso de peso, lo cual las hace estar poco conscientes de las verdaderas consecuencias y del nivel de riesgo que se duplica durante esta etapa de la vida.
<b>Sesión 4.</b> <i>¿Cómo puedo modificar de forma saludable mis comidas favoritas?</i>	Por falta de tiempo, ajetreo diario y cansancio, ellas suelen buscar opciones rápidas y poco saludables, dejando de lado alimentos con alto valor nutricional necesarios durante la etapa del climaterio.
<b>Sesión 5.</b> <i>¿Qué me dicen los productos que compro?</i>	Después de conocer cómo realizar la modificación de recetas, les surgió la curiosidad de saber si los ingredientes y/o alimentos que están comprando son beneficiosos o no para su salud, por lo que se educa sobre la lectura de etiquetado nutricional.
<b>Sesión 6.</b> <i>¿Qué más necesito para mejorar mi salud?</i>	A lo largo de las sesiones las pacientes demostraron conocer e ir aplicando poco a poco las herramientas que se les ha brindado, sin embargo, el aspecto de actividad física/ejercicio no lo lograron adoptar y/o asociar como parte del tratamiento.
<b>Sesión 7.</b> <i>“Para mi las vacaciones, días libres y actividades sociales significan...”</i>	Al lo largo de las sesiones anteriores varias mencionaron haber disfrutado de varios días libres, vacaciones y actividades sociales, donde hacen referencia de haber “pecado” o tomado un “descanso”, para no seguir el estilo de vida adoptado”. Razón por la cual se decidió con esta sesión erradicar el concepto de estar en “tiempo libre” con el “no seguir con un estilo de vida saludable”.
<b>Sesión 8.</b> <i>¿Cómo vine y cómo me voy?</i>	En sesiones anteriores se observó que las mujeres al realizar los cambios y comentar sus resultados, tienden preguntar si lo están haciendo bien o si están tomando la decisión correcta, con el objetivo sentir una aprobación por parte de la facilitadora, demostrando así una falta de confianza hacia ellas mismas. Por tanto, se decide abordar en esta sesión aspectos de autoconfianza y seguridad, como el también realizar el cierre del aprendizaje sobre todos los conocimientos adquiridos en las sesiones anteriores.

Fuente: elaboración propia

Una vez concluida cada sesión se realizó la organización de los datos obtenidos del discurso de la paciente, para luego ser transcrita y categorizada para analizar el avance o retroceso que tuvo la paciente. Toda la información que la paciente expresó, se rescató con la ayuda de una grabadora de voz, la cual grabó desde el inicio hasta el final en cada una de las sesiones, tal y como se especificó en el consentimiento informado.

Para visualizar todo el proceso de intervención descrito anteriormente, en el cuadro 4 se detalla el procedimiento para la ejecución de las actividades programadas. Por otro lado, en la figura 1, también se detalla la estrategia de intervención en cada una de las sesiones.

Cuadro 4. Descripción de procedimientos para la ejecución de actividades del proyecto

Objetivo específico	Responsable	Técnica de recolección de datos de intervención	Descripción de cómo y a quién se aplica la técnica o instrumento de recolección de datos
Describir el perfil sociodemográfico del grupo en estudio.	Karina Brown Jenkins	Encuesta aplicada titulada: "Formulario para recopilar características sociodemográficas de mujeres en etapa de climaterio con exceso de peso que asisten a la consulta nutricional Nutribienestar, del Instituto Nacional de Aprendizaje, durante el II semestre del 2017, que fueron seleccionados para el TFIA" (Anexo 3).	Se utilizó un expediente identificado con un número y siglas, número de cédula, teléfono y nombre de la paciente.  En el apartado para obtener la información sociodemográfica se incluyen aspectos como edad, fecha y lugar de nacimiento, escolaridad, residencia, estado civil, ambiente laboral (puesto de trabajo y horas laborales) y cantidad de hijos.
Caracterizar el estado nutricional antes y después de la implementación de la Entrevista Motivacional en la consulta nutricional en el grupo de estudio.	Karina Brown Jenkins	<i>Entrevista estructurada titulada:</i> "Formulario de Anamnesis para pacientes en etapa de climaterio entre las edades de 45 a 55 años que asisten al consultorio Nutribienestar, del Instituto Nacional de Aprendizaje" (Anexo 4).	Se aplicó el formulario, que fue llenado por el terapeuta según lo que la paciente fue respondiendo a las preguntas. En este formulario se le preguntó a la paciente aspectos relacionados con antecedentes de salud tanto familiares como personales. Se le preguntó sobre sus hábitos alimentarios, dando énfasis en la frecuencia de consumo de ciertos alimentos específicos, tiempos de comida que realiza, encargado de preparar los alimentos, tiempo que invierte para preparar los alimentos, si suele picar o comer entre comidas, tiempo con el que cuenta para realizar sus comidas y el recordatorio de 24 horas de la alimentación que tuvo la paciente. También en este formulario se le preguntó a la paciente aspectos relacionados con su conducta, en cuanto el consumo de agua, actividad física, fumado, consumo de bebidas alcohólicas y calidad de sueño, para finalmente dar un diagnóstico nutricional.

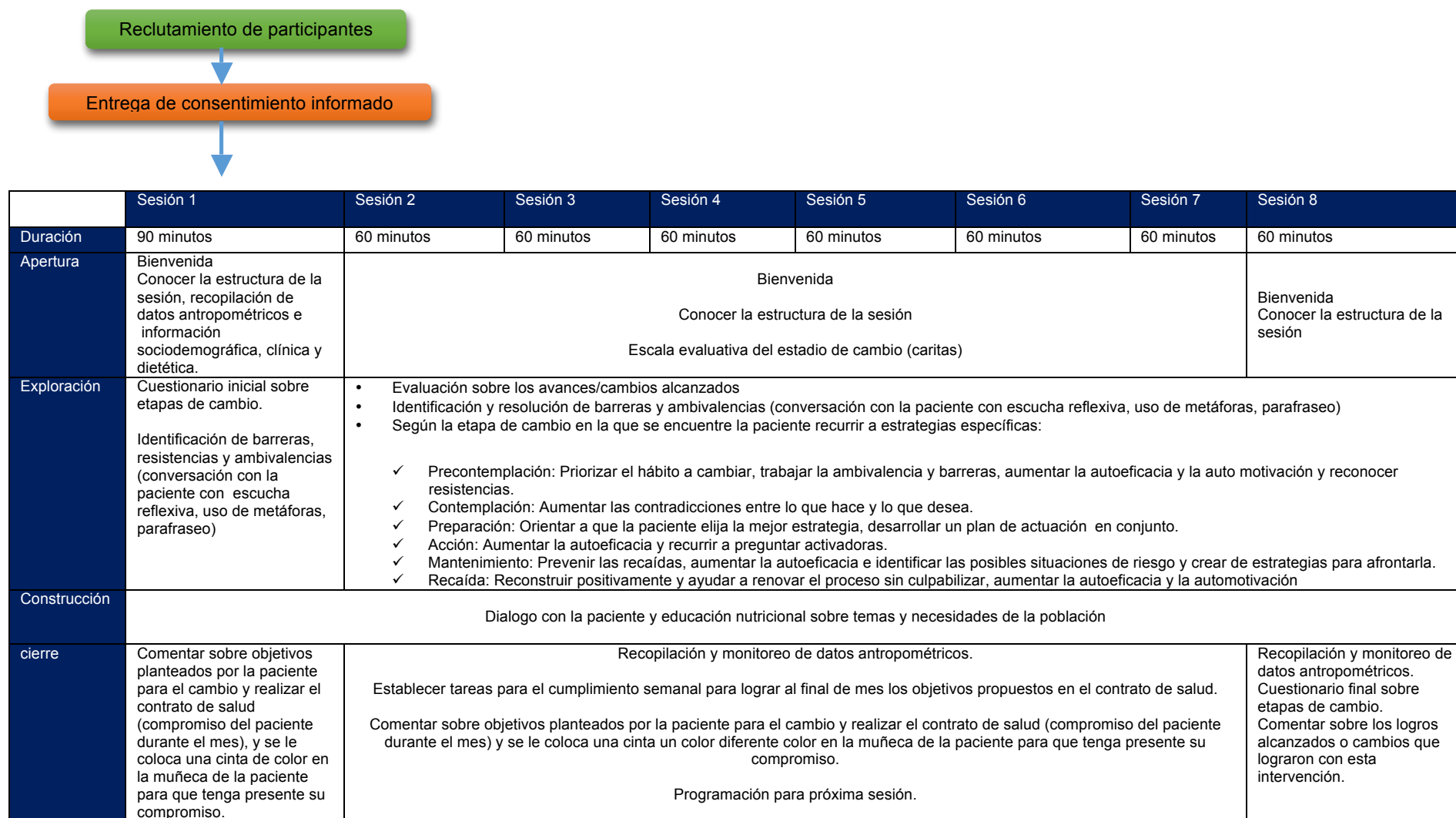
Objetivo específico	Responsable	Técnica de recolección de datos de intervención	Descripción de cómo y a quién se aplica la técnica o instrumento de recolección de datos
Identificar las barreras referidas por el grupo de estudio en relación con la adherencia al tratamiento terapéutico.	Karina Brown Jenkins	Entrevista abierta, con el instrumento titulado: "Formulario de identificación de barreras y ambivalencias que presenta la paciente en etapa de climaterio con exceso de peso, entre las edades de 45 y 55 años, para realizar el cambio durante el periodo de intervención del proyecto del TFIA, 2017" (Anexo 5).	<p>Dicho formulario fue llenado por la terapeuta, según fue surgiendo en la conversación con la paciente, las barreras y ambivalencias que comentó y/o que ella misma identificó. Este formulario tenía un cuadro con divisiones por columna en donde se destaca el problema encontrado por la terapeuta, el expresado por la paciente y otra columna para anotar los obstáculos o barreras que presenta la paciente para lograr cumplir sus objetivos. En otra columna de este mismo cuadro se anotaron observaciones y palabras claves expresadas por la paciente.</p> <p>Es importante destacar que también para el cumplimiento de este objetivo se recurrió a la empatía, preguntas abiertas, parafraseo, metáforas y escucha reflexiva.</p> <p>Para complementar el cumplimiento de este objetivo se utilizó una grabadora de voz (con consentimiento del paciente) para obtener la mayor cantidad de información posible.</p>
Describir la etapa de cambio en que se encuentran las participantes antes y después de la implementación de la EM en la consulta nutricional en el grupo de estudio.	Karina Brown Jenkins	Cuestionario titulado: "Cuestionario inicial y final para la evaluación de la etapa de cambio, de la intervención de pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso que asisten a la consulta Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA, 2017" (Anexo 7), el cual incluye preguntas específicas para estadiar el inicio del paciente, según las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente.	El terapeuta le aplicó a la paciente un cuestionario al inicio y al final de la intervención. Este cuestionario constaba de 10 preguntas de marcar con equis, donde cada una de ellas contaba con respuestas en las que la terapeuta podía identificar en qué etapa de cambio se encontraba, ya sea de precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.



Objetivo específico	Responsable	Técnica de recolección de datos de intervención	Descripción de cómo y a quién se aplica la técnica o instrumento de recolección de datos
Evaluar la implementación de la Entrevista Motivacional como herramienta de la consulta nutricional.	Karina Brown Jenkins	"Escala evaluativa del estadio de cambio de las pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso entre las edades de 45 y 55 años, que asisten a la consulta de Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA 2017" (Anexo 6).	En cada sesión de intervención se le dio una escala con dibujos de caritas, para que la paciente indicara cómo se sentía al inicio de la sesión. Cada carita estaba previamente codificada para que el terapeuta identificara en qué etapa de cambio estaba la paciente (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento)
		"Registro de comentarios específicos que identifican estadio de cambio en el que se encuentran las pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso entre las edades de 45 y 55 años, del consultorio Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA 2017" (anexo 8).	Durante cada sesión el terapeuta escuchó atentamente el discurso de la paciente, para posteriormente una vez finalizada la sesión, con la ayuda de la grabadora de voz registrar los comentarios y fragmentos del discurso. Se identificaron en esos comentarios, frases claves que le permitieron al terapeuta saber cómo se sentía y en qué estadio de cambio de encontraba la paciente.
Comparar los cambios en el estado nutricional, las etapas de cambio y las barreras.	Karina Brown Jenkins	"Registro de seguimiento antropométrico y dietético de las pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso, entre las edades de 45 a 55 años del consultorio Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA, 2017" (Anexo 9).	En cada sesión la terapeuta realizó mediciones antropométricas a la paciente, en donde se registró el peso, Cab, talla e IMC. Las categorías del IMC y el procedimiento para la toma de medidas se detallan en el anexo10. En este registro también se llevó el patrón de alimentación que se le calculó a la paciente, tomando en cuenta requerimientos según Harris Benedict (HB), para brindar una adecuada distribución de macronutrientes y grupos de alimentos.
		"Contrato de Salud con el/los objetivos propuestos por la paciente en etapa de climaterio con exceso de peso que asisten al consultorio Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA, 2017" (anexo 11).	Contrato de salud en donde se tuvo como objetivo que la paciente según lo conversado en la sesión anotara el objetivo o meta a cumplir y que ella misma lo firmara simulando un contrato de salud con su persona. Cada dos sesiones el terapeuta le dio este contrato de salud a la paciente. Este instrumento tuvo como objetivo fortalecer y motivar a la paciente a realizar y mantener los cambios logrados.

Objetivo específico	Responsable	Técnica de recolección de datos de intervención	Descripción de cómo y a quién se aplica la técnica o instrumento de recolección de datos
Comparar los cambios en el estado nutricional, las etapas de cambio y las barreras.	Karina Brown Jenkins	Documento titulado "Tareas propuesta en la sesión con las pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso, entre las edades de 45 a 55 años del consultorio Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA 2017" (anexo 12).	Este documento le permitió al terapeuta documentar las tareas propuestas por la paciente, donde posteriormente se comentaron en la siguiente sesión para ver los logros alcanzados. Tarea propuesta según objetivo y conversación de la sesión.

Figura 1. Estrategia de intervención para las pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso, del INA, 2017.





#### H. Consideraciones éticas

- Para la implementación de este proyecto no existió ningún conflicto de interés real, potencial o evidente, incluyendo interés financiero o de otro tipo y/u otra relación con un tercero.
- La participación de la paciente fue de forma voluntaria, quien pudo optar por retirarse en cualquier momento que ella lo deseara, sin ningún inconveniente.
- No se realizó ningún procedimiento invasivo, solamente se tomaron medidas antropométricas, por lo que no tuvo ningún efecto secundario.
- No se le dio ningún incentivo material ni económico a la paciente; sin embargo, todas las consultas de intervención fueron gratuitas.
- La paciente tuvo como beneficio el mejorar su calidad de vida y el adoptar estilos de vida más saludables. A su vez la participación de la paciente permitió que esta investigación fuera de gran utilidad para próximas generaciones.
- La información que se obtuvo fue totalmente confidencial y estuvo fuera del alcance de terceras personas, solamente la investigadora tuvo acceso. Cualquier información acerca de la paciente se identificó bajo un código (número), en lugar del nombre de la paciente, por lo tanto, si se quisieran revisar resultados esta información no estaría detallada. Toda esta información confidencial estuvo guardada bajo llave, en el consultorio Nutribienestar, ubicado contiguo a SITRAINA, sede La Uruca. La llave donde se encontrarán los expedientes y la llave del consultorio, únicamente estuvo en posesión de la investigadora Karina Brown Jenkins.

## I. Análisis de la información

De acuerdo con los objetivos de la propuesta, el análisis de la información se realizó en dos vías: análisis de corte cuantitativo y de corte cualitativo.

Para el análisis de los criterios sociodemográficos (edad, escolaridad, residencia, estado civil, puesto de trabajo, horas laborales, cantidad de hijos) y antropométrico (peso, circunferencia abdominal e IMC) se realizó de forma cuantitativa.

Los cambios en los parámetros antropométricos se registraron a lo largo de las sesiones para posteriormente comparar los datos iniciales con los finales; la pérdida de peso y Cab, se evaluó como impacto beneficioso de la implementación de la técnica en la paciente.

Se codificó la información en una hoja electrónica de datos diseñada en un programa de EXCEL, y se realizó un análisis por variable, utilizando la estadística descriptiva (promedio, mínimo, máximo), que permitieron analizar la tendencia de la información.

En cuanto al estilo de vida de la paciente, este se analizó de igual forma que los criterios anteriores donde la frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos, persona que prepara los alimentos, tiempos de comida que realiza, tiempo que dispone para preparar los alimentos, picoteo de alimentos entre comidas, consumo de agua, consumo de bebidas alcohólicas, actividad física y fumado, fueron analizados mediante la estadística descriptiva utilizando promedios, valores máximos y mínimos.

Las etapas de cambio que presentaban las pacientes fueron analizadas tanto de manera cualitativa como cuantitativa. El análisis cualitativo se utilizó para identificar el avance o retroceso que tuvo la paciente durante el periodo de intervención. Este fue registrado de forma textual para posteriormente analizar el discurso. Para el análisis de esta información, se establecieron las categorías relevantes a cada etapa de cambio (pre contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento o recaída), para después tomar fragmentos del discurso de la paciente y clasificarlos en las categorías correspondientes y así observar su avance y/o retroceso durante todo el periodo de intervención.

El avance se interpretó como el hecho de pasar de una etapa de no querer o estar considerando el cambio (precontemplación y/o contemplación), a otra donde se decide tomar acción y mantener los cambios adoptados (acción y mantenimiento respectivamente). Por otra parte, retroceso en el proceso se entendió como pasar del estadio de acción o mantenimiento a inactividad o recaída (precontemplación y/o contemplación).

Para el análisis cuantitativo fue necesario registrar los datos obtenidos de los cuestionarios inicial y final para la evaluación de la etapa de cambio, el cual fue validado por Zúñiga, 2014. Sumado a esto, se utilizó una escala evaluativa de etapa de cambio en cada sesión de intervención (anexo 6). Esta escala fue validada por Alvarado 2014, y consiste en presentarle al paciente una serie de figuras caras animadas con una leyenda que indica las etapas de cambio.

La información obtenida tanto del cuestionario como de la escala, se analizó por medio de estadística descriptiva, con estimadores como el promedio, valores máximos y mínimos, cuadros y gráficos.

Para el análisis de las barreras y ambivalencias se realizó un análisis cualitativo del discurso de la paciente, identificando si existen barreras y/o ambivalencias. Estas se detectaron por medio del uso de palabras específicas expresadas por la paciente, cambios en el tono de voz y ademanes que realizaba.

Estas barreras y ambivalencias, se registraron en el instrumento correspondiente (anexo 5). Posteriormente se organizó la información, se establecieron categorías y códigos para agruparlas y finalmente se hizo un análisis sobre las dificultades e impedimentos hacia el cambio presentados por la paciente.

Las barreras se consideraron como situaciones objetivas (no absolutas), que existen y que se encuentran afectando el avance hacia el cambio, pero que sí pueden ser superadas. Por otro lado, las ambivalencias se tomaron como dos posiciones opuestas acerca del cambio, por un lado, piensan en la necesidad y la importancia del cambio, y por otro la rechazan. Por tanto, la ambivalencia se divide en importancia y autoeficacia, donde para realizar el cambio es necesario saber la importancia del mismo y luego el poder implementarlo.

Las barreras y ambivalencias se tomaron como comentarios, justificaciones o situaciones en donde la paciente no encontró solución y/o le resultaron ser contradictorias para sí misma, llegando a dificultarle el inicio o avance hacia su objetivo de cambio. Las palabras para identificar las barreras y ambivalencias generalmente vinieron acompañadas de un *"pero"*, *"es que..."*, *"quizás"* o algún otro sinónimo. En cuanto a ademanes o gesticulaciones, estos se identifican por medio de miradas, posicionamiento de brazos, manos, cuerpo y/o tono de voz, que denotaran algún impedimento o resistencia hacia el cambio.

Estas barreras y ambivalencias fueron analizadas cualitativamente desde el inicio hasta el final de la intervención, con el fin de evaluar el progreso hacia el cambio y la capacidad que tuvo la paciente para desecharlas y no verlas como un impedimento para el alcance de sus objetivos.



## J. Recursos humanos, materiales y financieros

Para llevar a cabo este proyecto es necesario establecer un presupuesto para su ejecución, el cual incluye recurso inmobiliario, material, humano, servicios básicos y financieros. Dichos rubros se detallan en el cuadro 5.

Cuadro 5. Recursos humanos, materiales y financieros para la ejecución del proyecto en mujeres en etapa de climaterio con exceso de peso, 2017.

Recurso	Descripción	Cantidad	Costo unitario	Costo total	Financiamiento
Inmobiliario y equipo	Escritorio	1	€200 000	€200 000	Propio
	Computadora (Mac Air)	1	€950 000	€950 000	Propio
	Impresora	1	€70 000	€70 000	Propio
	Sillas	3	€50 000	€150 000	Propio
	Bascula (bioimpedencia)	1	€110 000	€110 000	Propio
	Tallímetro	1	€69 000	€69 000	Propio
	Cinta métrica	1	€15 000	€15 000	Propio
	Abanico	1	€25 000	€25 000	Propio
	Calculadora	1	€12 000	€12 000	Propio
Material de oficina y educativo	Modelos de alimentos	Varios	€470 000	€470 000	Propio
	Empaques de alimentos	Varios	€60 000	€60 000	Propio
	Planes de alimentación	60	€100	€6000	Propio
	Lapiceros	8	€150	€1200	Propio
	Marcadores	3	€350	€1050	Propio
	Borrador	3	€250	€750	Propio
	Agenda	1	€4000	€4000	Propio
	Baterías triple A	6	€700	€4200	Propio
	Baterías CR2025	4	€1500	€6000	Propio
	Tinta de impresora	4	€40 000	€160 000	Propio
	Papel construcción	Varios	€3 100	€3 100	Propio
	Engrapadora	1	€2 890	€2 890	Propio
	Regla	1	€1050	€1 050	Propio
	Perforadora	1	€2 190	€2 190	Propio
	Clips (caja)	Varios	€1 250	€1 250	Propio
	Separadores de archivos	Varios	€2 750	€2 750	Propio
	Etiquetas expedientes	Varios	€4 680	€4 680	Propio
	Tijeras grandes	1	€2 250	€2 250	Propio
	Goma en barra	2	€1 050	€2 100	Propio
	Fotocopias	Varios	€25 000	€25 000	Propio
	Folders	60	€75	€4 500	Propio
	Cinta adhesiva	2	€2 350	€4 700	Propio
	Etiqueta adhesivas	varios	€3 565	€3 565	Propio
	Material educativo	Varios	€45 000	€45 000	Propio
	Hojas blancas (Resma)	3	€7 800	€23 400	Propio
	Grabadora de audio	1	€80 000	€80 000	Propio
	Dispositivo USB	2	€6 500	€13 000	Propio
Material de limpieza	Papel toallas (rollos)	6	€2600	€15 600	Propio
	Desinfectante en spray	2	€8 600	€17 200	Propio
	Artículos de limpieza	varios	€50 000	€50 000	Propio
Servicio básico	Teléfono celular	5 meses	€10 000	€50 000	Propio
	Internet (WI FI)	5 meses	€12 000	€60 000	Propio
Humano	Nutricionista*	5 meses	€650 000	€3 250 000	Propio
Transporte	Hacia consultorio	5 meses	€75 000	€ 375 000	Propio
Financiero	Gatos imprevistos (10%)	–	–	€595 342	Crédito
TOTAL				<b>€6. 948. 762</b>	

\* Se estima por hora profesional durante todas las sesiones de intervención por un periodo de 5 meses, más el tiempo destinado para la elaboración de material educativo.

## K. Viabilidad del proyecto

La implementación de este proyecto tuvo gran viabilidad, ya que como fortaleza y oportunidad la investigadora contaba con los permisos necesarios por parte del sindicato, no tener que pagar alquiler, secretaria o asistente, ni servicios básicos, ya que estos fueron cubiertos por el INA, razón por la cual se contribuyó a una disminución en el presupuesto.

Otra ventaja que permitió mejorar la viabilidad fue que a las pacientes no se les realizó cobro alguno durante todo el periodo de intervención. Además, como beneficio, después de concluida la intervención del proyecto, las pacientes tuvieron la posibilidad de continuar con el servicio, a un precio accesible el cual ya había sido establecido por convenio con SITRAINA.

Además de lo mencionado anteriormente, cabe resaltar que el INA contaba con la población necesaria y con las características que se requirió de la población de estudio.

Sumado a esto, como profesional en Nutrición, la Dra. Karina Brown contaba con una preparación adecuada para la aplicación de la técnica de EM y una amplia experiencia en la consulta nutricional individualizada. Por otro lado, la tutora M.Sc. Raquel Arriola y la lectora M.Sc. Ivannia Ureña Retana, fueron las encargadas de guiar esta investigación, quienes cuentan con amplia experiencia desde la intervención nutricional individual y grupal enfocada a la EM. Se contó además con la colaboración de la PhD. Indira De Beausset Stanton quien también posee una vasta experiencia en la materia.

Por otro lado, el consultorio en donde fueron atendidas las pacientes, se encontraba ubicado en las mismas instalaciones de los espacios laborales, lo cual les permitió un fácil desplazamiento sin tener que solicitar permisos de muchas horas o salir temprano de su jornada laboral.

Finalmente, es importante resaltar que de no ser por estas características y beneficios que brindó el SITRAINA, el presupuesto para la ejecución del proyecto hubiese incrementado sustancialmente.

## V. Resultados

En este apartado se describen los resultados de la presente investigación, la cual corresponde al perfil sociodemográfico, estado nutricional, antropométrico, estilo de vida y estado nutricional de las mujeres en estudio. A su vez, se indican las barreras y ambivalencias que interfirieron, para posteriormente detallar cómo la aplicación de la EM influyó en el cambio, tomando en cuenta la evolución en las etapas de transición y el tipo de motivación en ellas para realizar el cambio.

### A. Perfil sociodemográfico

Las 15 mujeres en estudio, tenían edades entre los 46 y 55 años, con un promedio de 50 años. Ellas residían en el GAM, siguiendo la siguiente distribución por provincias: San José (n=5), Heredia (n=6), Cartago (n=3) y Alajuela (n=1). En cuanto al estado civil de estas mujeres, la mayoría eran casadas (n=7), seguidas de las solteras (n=3), divorciadas (n=3), separadas (n=1) y en unión libre (n=1).

Por otro lado, en cuanto al número de hijos (cuadro 6), 3 mujeres que indicaron estar solteras mencionaron no tener hijos, mientras que las 12 mujeres restantes tienen un máximo 3 hijos, un mínimo 1 y un promedio de 2 hijos.

Cuadro 6. Número de mujeres según la cantidad de hijos que poseen, INA, sede La Uruca, 2018

Número de hijos	Número de mujeres
3 hijos	3
2 hijos	6
1 hijo	1
Ningún hijo	3
<b>Total</b>	<b>15</b>

Tal y como se muestra en el siguiente cuadro 7, el nivel educativo que presentaron estas mujeres es alto, la mayoría posee el nivel universitario completo, incompleto y técnico.

Cuadro 7. Número de mujeres según el nivel educativo, INA, sede La Uruca, 2018

Nivel educativo	Cantidad de mujeres
Universitario completo	13
Universitario incompleto	1

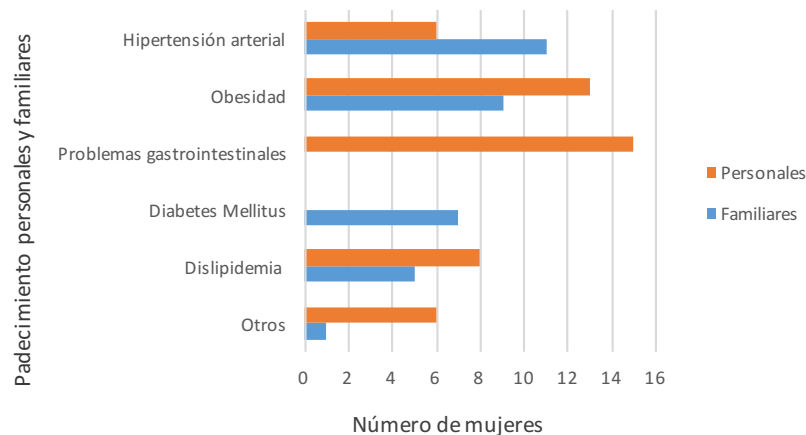
Técnico	1
<b>Total</b>	<b>15</b>

Los puestos de trabajo en donde la mayoría de estas mujeres se desempeñan son administrativos (n=9), mientras que el resto son docentes (n=5), las horas invertidas de trabajo superan las 8 horas diarias, las cuales dependen de la demanda y volumen de trabajo, pudiendo extenderse entre 9 a 12 horas. Todas coincidieron al mencionar que, a pesar de terminar con su jornada laboral, tienden a llevarse trabajo a sus hogares o hacer horas extras no remuneradas con tal de salir a tiempo con todos los objetivos que sus puestos demandan.

### B. Antecedentes clínicos, personales y familiares

Al indagar sobre los antecedentes clínicos de salud, la OB, HTA, DLP y problemas gastrointestinales son padecimientos que presentaban estas mujeres. Por otro lado, la presencia de antecedentes familiares es coincidente con la referida como padecimiento personal (gráfico 1).

Gráfico 1. Número de mujeres del estudio según antecedentes clínicos familiares y personales.



En cuanto a la HTA, 6 la presentan y se encuentran con el tratamiento correspondiente. En cuanto a la dislipidemia, 8 indicaron presentar dicha alteración, mientras que las 7 restantes mencionaron no saber sobre su condición actual, pues no han tenido un control médico en años recientes. Los problemas a nivel gastrointestinal son característicos en las 15 mujeres, se destacaron problemas como gastritis, colitis, reflujo gastroesofágico y estreñimiento. De las 6 mujeres que indicaron presentar "otros

padecimientos”, mencionaron tener infecciones urinarias, discopatías, escoliosis, fibromialgia y artrosis.

En cuanto a los antecedentes familiares, la patología de mención más frecuente fue la HTA, seguida por la OB, DM y DLP. En cuanto a la categoría otros de sus familiares, mencionaron el cáncer gástrico y de seno.

### C. Estado antropométrico

Las 15 mujeres participantes al dar inicio a la intervención presentaban exceso de peso, un IMC mayor a 30kg/m<sup>2</sup> y una Cab (circunferencia abdominal) mayor a 88cm. El cambio en dichos parámetros para cada participante se muestra en el cuadro 8.

Cuadro 8. Datos de los parámetros antropométricos de peso al inicio y final de la intervención de las mujeres participantes, INA, sede La Uruca, 2018.

Paciente	Peso inicial (kg)	Peso Final (kg)	Cambio absoluto (kg)	% Pérdida de peso	Cab inicial (cm)	Cab final (cm)	Cambio absoluto (cm)	% Pérdida de Cab
P1	124,7	118,4	6,3	5,1	122,8	117,3	5,5	4,5
P2	85,5	83,1	2,4	2,8	97,6	93,8	3,8	3,9
P3	81,1	77,1	4,0	4,9	94,0	89,8	4,2	4,5
P4	74,3	72,3	2,0	2,7	98,9	97,2	1,7	1,7
P5	73,9	70,2	3,7	5,0	100,5	97,0	3,5	3,5
P6	73,7	68,6	5,1	6,9	102,7	96,0	6,7	6,5
P7	71,8	67,3	4,5	6,3	96,3	93,0	3,3	3,4
P8	100,4	95,8	4,6	4,6	106,6	103,8	2,8	2,6
P9	84,3	82,0	2,3	2,7	107,0	104,0	3,0	2,8
P10	108,7	99,2	9,5	8,7	116,7	105,4	11,3	9,7
P11	74,9	69,7	5,2	6,9	99,0	94,0	5,0	5,1
P12	85,0	82,3	2,7	3,2	103,4	99,9	3,5	3,4
P13	68,5	65,3	3,2	4,7	93,7	90,3	3,4	3,6
P14	106,6	99,5	7,1	6,7	117,8	111,7	6,1	5,2
P15	70,2	67,7	2,5	3,6	100,7	98,3	2,4	2,4

Fuente: elaboración propia

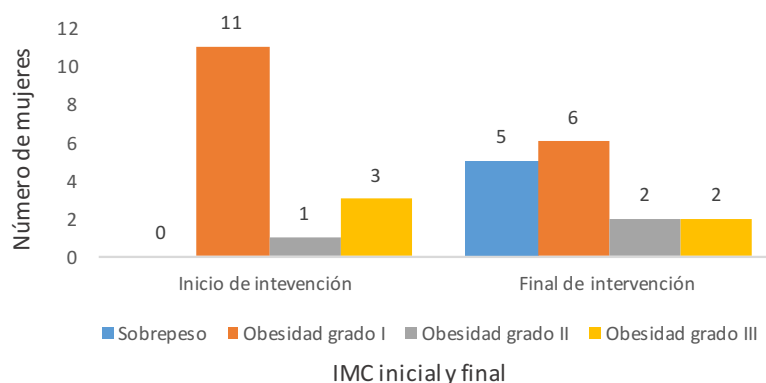
En cuanto al peso, se observó una pérdida promedio entre todas las participantes de 4,1kg, con un mínimo de 2,0kg y un máximo de 9,5kg. En cuanto a la Cab se obtuvo un promedio de disminución de 4,4 cm, con un mínimo de 1,7cm y un máximo de 11,3cm.

Cabe resaltar que, durante la intervención, la pérdida de peso entre una sesión y otra para varias pacientes no fue muy marcada, exceptuando 3 de ellas, quienes además de

haber tenido una pérdida total de peso considerable (6,3 a 9,5 kg), contaron con la característica de iniciar el proceso con un peso mayor a 100kg y un IMC superior a 40.

En el gráfico 2 se observan los datos del IMC, donde el promedio inicial fue de 34,9 kg/m<sup>2</sup> con un máximo de 48,7 kg/m<sup>2</sup> y un mínimo de 30,8kg/m<sup>2</sup>. Con el avance de las sesiones, 6 de las pacientes lograron evolucionar hacia categorías menores de IMC, mientras que 9 de ellas disminuyeron el valor del indicador manteniéndose en la misma categoría. Como resultado se obtuvo un promedio final en el IMC de 33,1kg/m<sup>2</sup>, con un máximo de 45,4kg/m<sup>2</sup> y mínimo de 29,3kg/m<sup>2</sup>.

Gráfico 2. Distribución de mujeres según IMC inicial y final de la intervención, INA, sede La Uruca, 2018.



#### D. Estilo de vida

Como se muestra en el cuadro 9, al inicio el número de mujeres que realizaba ejercicio era muy bajo, ya que solamente 2 de 15 si realizan ejercicio de forma constante (natación, caminatas y/o baile aeróbico) de 1 a 2 veces por semana durante un periodo de una hora.

Aquellas que no realizaban ejercicio mencionan no contar con el hábito por temas relacionados con la falta de tiempo, cansancio, condiciones del clima (lluvia), la distancia entre sus hogares con algún lugar donde realizar ejercicio, la inseguridad en las calles o los quehaceres en sus hogares.

Al concluir el proceso de intervención este hábito no se logra incrementar, ya que las mismas 2 mujeres que ya realizaban ejercicio, fueron las únicas que mantuvieron el hábito durante los 4 meses de intervención.

Cuadro 9. Número de mujeres según el hábito de realizar ejercicio, al inicio y final del proceso de intervención, INA, sede La Uruca, 2018.

Respuesta	Inicio	Final
Si	2	2
No	13	13
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>15</b>

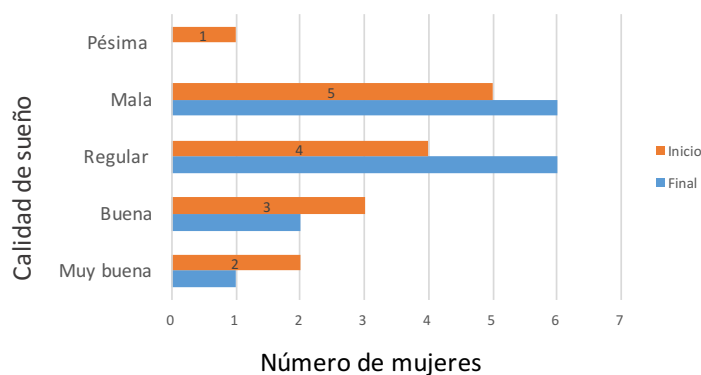
En cuanto a la percepción del sueño, como se muestra en el gráfico 3, la mayoría de las mujeres indica que su calidad de sueño va de regular a pésima. Las mujeres que indicaron tener un sueño bueno y regular, mencionaron sí conciliar un sueño profundo, pero de forma intermitente, ya que debido a los calores nocturnos suelen despertarse, pero luego vuelven a dormirse. Aquellas que indicaron presentar una calidad de sueño mala o pésima, mencionan padecer de insomnio y dormir en un promedio de 5 a 4 horas diarias. Algunas de ellas mencionaron:

*“...Pésima, tanto así que he tenido que tomar pastillas para que me ayuden a dormir... los calores me matan y paso sudando.... Me he levantado a la 1 de la mañana a bañarme para ver si acaso me refresco...” (P12,S1)*

*“...Siempre he padecido de insomnio pero ahora es peor, es la cosa más fea querer dormir y no poder y saber que te tienes que levantar temprano, me termino estresando...” (P5,S1)*

Según lo comentado al final de la intervención, estas mujeres tuvieron pequeñas mejorías con respecto a las horas y su percepción hacia una mejor calidad de sueño, y ninguna se clasificó con una calidad pésima, siendo la calidad regular y mala las más frecuentes.

Gráfico 3. Número de mujeres según la calidad de sueño percibida, al inicio y final del proceso de intervención, INA, sede La Uruca, 2018.



## E. Evaluación dietética

### 1. Frecuencia de consumo alimentos

En este apartado se hace referencia a la frecuencia de consumo de diversos grupos de alimentos como leche y sus derivados, frutas, vegetales, cereales, carnes, grasas y comidas altas en grasas y azúcares. Dichas frecuencias de consumo se muestran en el cuadro 10, tanto al inicio como al final de la intervención.

Cuadro 10. Número de mujeres según la frecuencia de consumo promedio de grupos de alimentos, al inicio y final del proceso de intervención, INA, sede La Uruca, 2018.

Grupo de alimento	Número de mujeres							
	INICIO				FINAL			
	D	S	M	NC	D	S	M	NC
<b>Lácteos</b>								
Leche	1	3	4	7	4	8	1	2
Yogurt	1	5	5	4	8	6	0	0
Queso	5	7	2	1	6	8	0	1
<b>Frutas y vegetales</b>								
Frutas	10	5	0	0	15	0	0	0
Vegetales no harinosos	4	11	0	0	12	3	0	0
<b>Cereales</b>								
Cereales y verduras harinosas	15	0	0	0	15	0	0	0
Leguminosas	1	8	6	0	3	9	3	0
<b>Proteína animal</b>								
Cerdo	0	1	13	1	0	1	13	1
Res	0	9	5	1	0	8	6	1
Pollo	0	14	1	0	0	14	1	0
Pescado	0	8	6	1	0	10	4	1
Embutidos	6	8	1	0	0	9	6	0
<b>Grasas</b>								
Mantequilla, margarina, natilla, queso crema y paté	11	0	4	0	4	3	5	3
<b>Comidas altas en grasas y azúcares</b>								
Comida rápida	1	9	5	0	0	2	5	8
Productos de paquete	1	5	9	0	0	1	9	5
Repostería	3	8	4	0	0	4	9	2
Postres, helados, chocolates y dulces	6	6	3	0	1	9	5	0
Gaseosas	0	4	8	3	0	0	9	6

D: Diario, S: semanal, M: Mensual, NC: No lo consume

Fuente: elaboración propia



En el inicio de la intervención, el consumo de lácteos no se establece como una práctica frecuente, según las mujeres esto se debía principalmente por los efectos secundarios a nivel digestivo (percibían inflamación y flatulencia) que produce el consumo de leche y sus derivados o porque no era un hábito adquirido. A su vez, varias de ellas mencionaron consumir lácteos o sus derivados solamente como ingrediente o complemento de alguna preparación como postres, bebidas (café con leche), cremas (sopas), cereales o salsas.

Conforme el avance de la intervención se observó un cambio notorio en el consumo diario y semanal, los cuales fueron aumentando, mientras que la frecuencia mensual y/o no consumirlos disminuyeron. La mayoría de las mujeres mencionó que lograron aumentar el consumo de los lácteos. Por ejemplo, algunas comentaron:

*“...Trato de tomarme un vasito de leche en la noche y le pongo canela o nuez moscada como para cambiarle el sabor porque solito no me gusta mucho...” (P4,S3)*

*“...Me he hecho helados de yogurt y me gusta mucho porque me refresca bastante y cuando me dan esos calores trato de comérmelos...” (P8,S4)*

Desde un inicio el consumo de frutas en este grupo de mujeres fue bastante frecuente, ya que se observa que 10 de ellas las consumen de forma diaria, y 5 de ellas lo hacen en forma semanal. Cabe resaltar que estas eran usualmente consumidas durante el desayuno y/o las meriendas matutinas. Al finalizar la intervención, el consumo de frutas incrementó, ya que todas lograron consumirlas de forma diaria entre 1 a 2 porciones, principalmente en sus meriendas o como postres de sus comidas principales.

En cuanto al consumo de vegetales no harinosos, se determinó que la mayoría (n=9) al inicio los consumían entre 3 a 4 veces por semana, seguido por 4 de ellas que lo hacían de forma diaria. Las que indican no consumirlos diariamente, se debió a aspectos como la pereza de prepararlos, tener que trasladarlos a sus trabajos y/o comprarlos, y no prepararlos a tiempo, ocasionando la descomposición del mismo.

El consumo de estos vegetales no harinosos tuvo un cambio notorio al finalizar la intervención, ya que el consumo que era semanal, logró incrementarse a un consumo diario incluyéndolos ya sea en el almuerzo y/o cena. Los problemas y justificantes que

impedían su consumo desde un inicio, lograron enfrentarlos y encontrar soluciones que se adaptaran a su estilo de vida y que les permitiera aumentar su consumo, como por ejemplo, el preparar con tiempo los fines de semana los vegetales que llevan cocción y guardarlos en recipientes y/o comprarlos ya lavados y picados previamente.

Desde el inicio hasta el final de la intervención, los cereales y verduras harinosas fueron consumidos por todas las mujeres, cuyas preferencias de mayor consumo eran el arroz, papa (puré), yuca, pan, tortillas y galletas. Cabe resaltar que varias de estas mujeres realizaron la acotación de tratar de cuidarse con las porciones de estos, ya que las asocian directamente con el aumento de peso que han venido experimentado. Posterior a la intervención, el consumo de los mismos no varió, y con la ayuda de la educación nutricional a lo largo del proceso, el concepto hacia el consumo de cereales cambió, ya que llegaron a observarlos como parte de una alimentación saludable y no como principales causantes de su aumento de peso.

En relación al consumo de leguminosas, todas las mujeres manifiestan que estas sí son de su agrado; sin embargo, su consumo no era diario. Indicaban que de consumirlos generalmente era por medio del plato típico “gallo pinto” o “casado”. No obstante, varias de ellas durante su discurso indicaron no prepararlos con frecuencia en sus hogares, ya que el tiempo de cocción que estas requieren es elevado y si la preparación suele ser en grandes cantidades, en ocasiones se descomponen. Al finalizar el proceso de intervención se observa un ligero aumento en el consumo de estos, orientado hacia una frecuencia semanal. El recurrir a frijoles y garbanzos molidos, fueron las opciones que más se les facilitó a estas mujeres para lograr una mayor frecuencia de consumo.

El consumo de proteína animal resulta ser muy variado, donde la carne de cerdo, tanto al inicio como al final de la intervención, llegó a ser la menos consumida. Seguido a esta se encontró el pescado, el cual al inicio su mayor frecuencia de consumo fue semanal y mensual, el cual varió ligeramente al finalizar, ya que 2 de ellas llegaron a incrementar su consumo de pescado pasando de mensual a semanal.

Las carnes que consumen con mayor frecuencia son la carne de pollo y res, las cuales tanto al inicio como al final, oscilaron entre un consumo semanal y mensual.

Por otro lado, al inicio de la intervención el consumo de embutidos presentó una frecuencia considerable, ya que 14 de ellas los consumían de forma diaria y semanal (3 a 4 veces). Entre las opciones preferidas se encontraban el salchichón, jamón de cerdo o de pavo, jamones ahumados, mortadela, tocineta, chorizo y salchicha. Al finalizar el proceso de intervención se logra observar una disminución en su frecuencia de consumo, donde el consumo diario desaparece, convirtiéndose en una frecuencia semanal (1 a 2 veces) y mensual. Si bien es cierto el consumo semanal no varió considerablemente, cabe resaltar que el tipo y calidad del embutido sí, donde la preferencia de consumo fue orientada hacia opciones bajas en grasa como los jamones y/o salchichas de pavo.

El consumo de las grasas como la mantequilla, margarina, natilla, paté y queso crema, eran consumidos por la mayoría de forma diaria (n=11). Dichas grasas generalmente eran utilizadas como acompañamientos en tostadas, pan baguette, pan casero, en galletas o como ingrediente de alguna preparación. El consumo final de estas llegó a variar considerablemente, donde el consumo diario disminuyó (n=4), dando paso a un consumo más espaciado de forma semanal y/o mensual, e inclusive llegar a eliminar algunas de las grasas anteriormente mencionadas.

En cuanto a la frecuencia de consumo de comidas altas en grasas y azúcares, se detectó que la comida rápida era consumida por 9 de 15 mujeres de forma semanal (1 a 2 veces) y 5 de forma mensual (más de 2 veces). Ellas indicaron el recurrir a este tipo de comidas por falta de tiempo para cocinar, pereza, "presión" o gustos de terceros (miembros de familia), o como "premio" de la semana. Al asociar el consumo de estos alimentos, con el recordatorio de 24 horas se observaba que el consumo generalmente se daba durante el tiempo de la cena, optando por hamburguesas, pollo frito o asado, nachos, papas fritas, tacos, pupusas y/o comida china. Al finalizar, el consumo de estos alimentos disminuyó considerablemente, la mayoría (n=8) dejó de consumirlos y otras lo siguieron haciendo de forma mensual (n=5).

Por otro lado, se observó que el consumo de repostería se realizaba tanto de forma diaria como semanal (n=11/15). En cuanto al consumo de postres, helados, chocolates y dulces es similar, ya que el consumo diario y semanal lo hacían 12 mujeres. Las mujeres indicaban recurrir a este tipo de alimentos justo después de comidas principales (almuerzo y cena) o por regalías entre compañeros de trabajo y/o estudiantes, por presión

de terceros (familiares), o por asociarlos con recuerdos emocionales de afecto. Al finalizar, se observaron cambios notorios, donde la mayoría terminó consumiendo repostería de forma mensual (n=9). Los postres como: helados, chocolates y dulces, la mayoría dejó de consumirlos de forma diaria espaciando su consumo de forma semanal y mensual.

La frecuencia de consumo de alimentos de paquete y gaseosas desde un principio fue de forma mensual, mencionan consumirlos en condiciones especiales como lo son actividades sociales.

Con el avance de estas sesiones el panorama hacia el consumo de estos alimentos altos en grasas y azúcares (comida rápida, dulces, productos de paquete, repostería, postres, helados, chocolates, dulces) varió considerablemente, la frecuencia diaria en la mayoría desaparece y semanalmente disminuye, pasando a ser consumidos de forma mensual (1 o 2 veces) o no consumirse.

En cuanto al consumo de agua (cuadro 11), previo a la intervención se observó que 7 mujeres reportaban un consumo de entre 1 litro a 1 ½ litro al día. Varias de estas mujeres, mencionaron que el consumo puede ser variable e intermitente, ya que los fines de semana y/o por encontrarse en giras, este disminuye cuantiosamente. Por otro lado, 8 de ellas no consumen agua diariamente, debido al olvido, poca apetencia, no querer miccionar con tanta frecuencia y el desagrado por el sabor del agua. Con respecto a este tema algunas comentaron:

*“...Tomo muy poco, no lo que debería para serle sincera... cuando de verdad no tomo es cuando estoy de giras o con mucho trabajo porque si no estoy con la orinadera...” (P3,S1)*

*“...Yo casi no tomo agua porque para mí es incómodo y me quita tiempo el estar parándome para ir a orinar...” (P7,S2)*

Cuadro 11. Número de mujeres según consumo de agua diario, al inicio y final del proceso de intervención INA, sede La Uruca, 2018.

Respuesta	Inicio	Final
Si	7	13
No	8	2
<b>Total</b>	15	15

Al finalizar el proceso de intervención, el consumo de agua aumentó considerablemente, 13 de las mujeres lograron llegar a superar el 1 ½ litro al día, buscando soluciones y opciones que se adaptaban a su día a día, como el uso de alarmas como recordatorios, rodajas de frutas para cambiar el sabor, adquirir botellas grandes de 1 o 2 litros para no tener que estar llenando constantemente. Por ejemplo, una de ellas comentó:

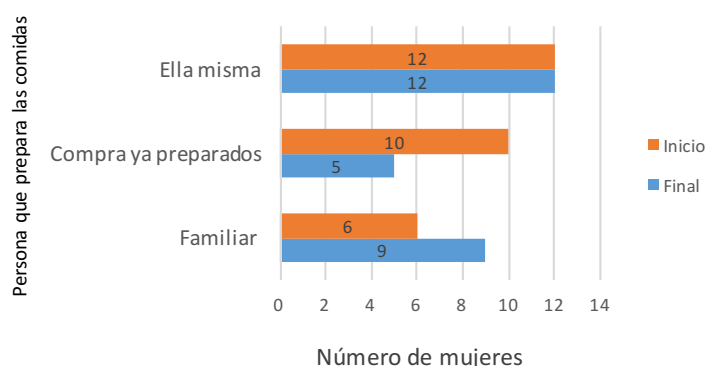
*“...He logrado tomar un poco más de agua... no la cantidad que debería, pero si he puesto de mi parte... ahora trato de llevar una botella de agua a las giras... no me la tomo durante el viaje, pero cuando llego al centro ya empiezo a tomar...” (P6, S7)*

## 2. Responsables de la preparación de comidas

En cuanto a la preparación de alimentos (gráfico 4), la mayoría de ellas se encargaba de preparar los alimentos en sus hogares, algunas de ellas mencionaron contar con la ayuda ocasional de sus esposos, hijos, papás o hermanas para cocinar los fines de semana.

Por otro lado, 10 mujeres mencionaron recurrir a la compra de alimentos ya preparados para los tiempos de comida del almuerzo y cena principalmente. Estas mujeres recalcan elegir esta opción debido al cansancio y/o el poco tiempo disponible que tienen para esta actividad.

Gráfico 4. Número de mujeres que indican preparar sus alimentos y/o contar con ayuda de familiares, al inicio y final del proceso de intervención, INA, sede La Uruca, 2018.



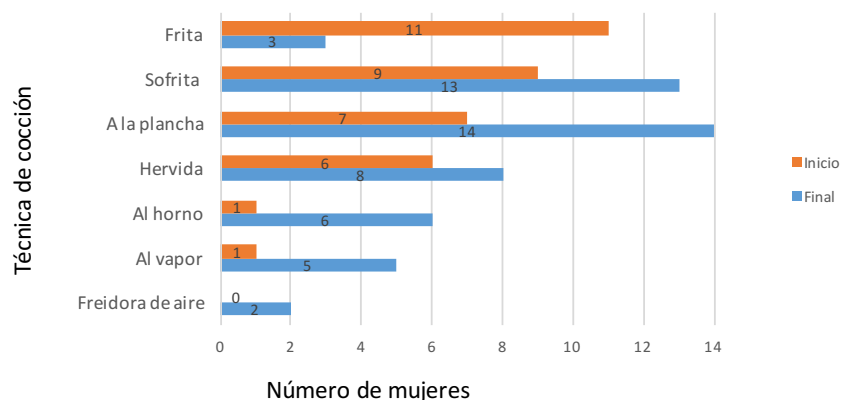
Al concluir el periodo de intervención, la responsabilidad de preparar los alimentos continuó recayendo en las mujeres; no obstante, se observó un cambio notable en la disminución de compra de alimentos ya preparados. Por otro lado, se observa un cambio

positivo en cuanto al apoyo familiar, donde ellas comentan que a pesar de que en la mayoría de las ocasiones les corresponde a ellas el preparar las comidas, sí recibieron de forma ocasional ayuda de los miembros de sus familias para adelantar la preparación de las comidas, principalmente para el tiempo de la cena.

### 3. Técnicas y tiempos para de preparación de alimentos

Continuando con el tema de preparación de alimentos, el gráfico 5 muestra las preferencias en técnicas de cocción antes y después de finalizar el proceso de intervención. Al inicio se observó que la técnica de cocción preferida es la fritura, mientras que las menos utilizadas fueron el horneado y al vapor. Estas técnicas poco utilizadas, según comentarios de algunas de las ellas, se debían a que les toman más tiempo y/o no contaban con recetas que les fuera de su agrado.

Gráfico 5. Número de mujeres según técnica de cocción utilizada para preparar sus alimentos, al inicio y final del proceso de intervención, INA, sede La Uruca, 2018.



Con el desarrollo de las sesiones, como resultado se observó que la preferencia por frituras disminuyó, aumentando la preferencia por técnicas a la plancha, sofrito y hervido. Por otro lado, las técnicas al vapor y al horno también se vieron incrementadas en comparación al inicio, y a su vez surgió una nueva opción de utilizar la freidora de aire (cocción bajo circulación de aire caliente sin grasa). Una de ellas comentó:

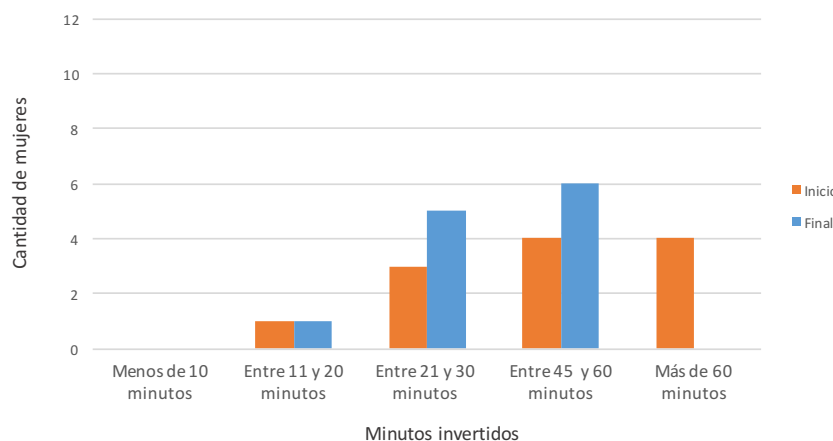
*“...Estaba hablando con mi esposo porque nos llamó la atención este aparato que han estado promocionando mucho (freidora de aire) ... lo compré y vias que práctico y súper rápido, no tengo que usar aceite porque se cocina solito...” (P7,S6)*

En cuanto al tiempo destinado para preparar los alimentos (gráfico 6), de las 12 mujeres que habían indicado hacerlo por ellas mismas, 8 coinciden en que esto les tomaba mucho tiempo, invirtiendo entre 45 minutos a 1 hora para cocinar; 4 indicaron solamente invertir menos de 30 minutos. Algunos de los comentarios de las mujeres sobre este tema fueron:

*“... Para mi estar en la cocina y cocinar se me hace eterno... no sé qué pasa pero el tiempo se me va volando y cuando veo ya es tardísimo y me falta mucho por hacer...”*  
(P2,S1)

*“...Es que como duro tanto por eso me da perecilla cocinar...Si tan solo pudiera hacerlo rápido o tener ideas de qué hacer, porque también duro pensando en qué hacer...”*  
(P10,S1)

Gráfico 6. Número de mujeres según minutos invertidos en la preparación de alimentos para el almuerzo y cena, al inicio y final del proceso de intervención, INA, sede La Uruca, 2018.



Conforme el avance de la intervención, el tiempo destinado para la preparación de los alimentos fue disminuyendo, aquellas que invertían más de 60 minutos lograron distribuirse entre los tiempos de 21 a 31 minutos y/o 45 a 60 minutos.

#### 4. Tiempos de comida

Al indagar sobre los hábitos alimentarios, se observó que antes del proceso de intervención, los tiempos de comida más frecuentes a realizar eran el desayuno y el almuerzo. En cuanto a la cena, 11 de ellas indicaron sí realizarla, mientras que aquellas

que no lo hacían mencionaron como justificante el poco apetito a causa del picoteo entre comidas que realizan en el transcurso del día.

Por otro lado, también se observó que la mayoría de ellas (n=12), mencionaron no contar con una estructura y/o horario establecido para los fines de semana, omitiendo principalmente meriendas matutinas y vespertinas; esto debido a varias situaciones como el realizar labores domésticas, despertarse tarde, salir a hacer diligencias y/o por dormir/descansar en horas de la tarde. A su vez, el hábito de picar entre comidas también toma mayor fuerza los fines de semana, al igual que dejar varias horas sin comer (ayunos inconscientes) durante las mañanas y las tardes.

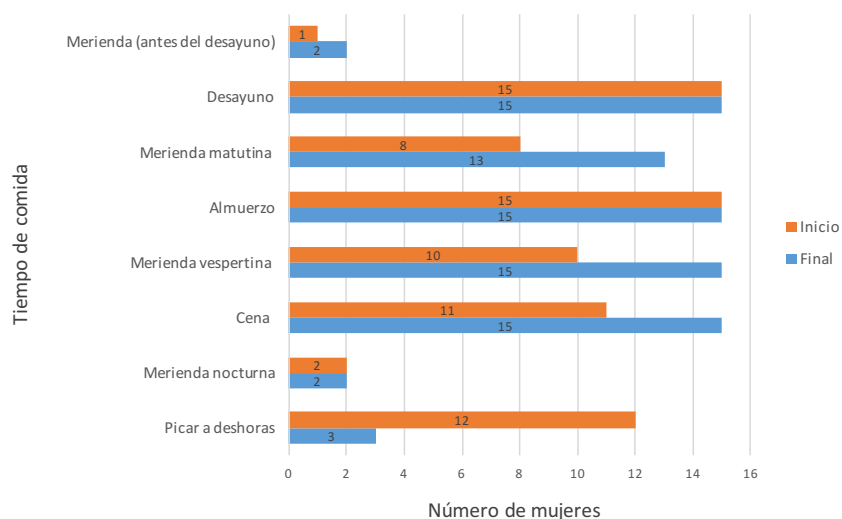
El hábito del picoteo entre comidas fue muy característico entre las mujeres (n=13), siendo de preferencia el consumo de alimentos con alto aporte calórico, de carbohidratos, grasas y azúcares, como por ejemplo reposterías, helados, galletas y productos fritos de harina de maíz y papas ("snacks de paquete").

Al concluir el proceso de intervención este panorama cambió, en donde el cumplir con el tiempo de comida del desayuno y almuerzo se mantuvo, 13 mujeres lograron realizar las meriendas matutinas, mientras que las meriendas vespertinas y cenas fueron cumplidas por todas ellas.

En cuanto al hábito de picar entre comidas, el cual se muestra en el gráfico 7, 12 de ellas presentaban dicha práctica. Conforme el avance de la intervención, este hábito llegó a disminuir siendo solamente mantenido por 3 de ellas y de forma ocasional. Aquellas mujeres que eliminaron el hábito comentaron que el haber mejorado sus tiempos de comida les permitió controlar el impulso y/o ansiedad hacia la búsqueda de alimentos a deshoras. No obstante, estas mujeres indicaron que el impulso de picar en ocasiones se sigue presentando, pero que han logrado evitar alimentos cuyo aporte de grasas y azúcares sea elevado, prefiriendo frutas frescas, galletas con un mayor aporte de fibra y bajas en azúcares, helados caseros a base de agua, gelatinas sin azúcar y palomitas de maíz naturales.



Gráfico 7. Número de mujeres según tiempos de comida que realizan entre semana al inicio y final del proceso de intervención, INA, sede La Uruca, 2018.



## 5. Consumo de bebidas alcohólicas y fumado

La práctica de fumado no se presentó en ninguna de las mujeres del estudio. Por otro lado, el consumo de bebidas alcohólicas en las 15 mujeres es esporádica y suele ser en actividades sociales, cuya frecuencia oscila, entre 1 o 2 veces al mes, o inclusive 2 o 3 veces durante el año, cuyas opciones de preferencia se encuentran entre whisky, sangría, vino o cerveza. Este consumo se mantuvo tanto al inicio como final de la intervención.

## F. Barreras y ambivalencias (BA)

Al inicio de la intervención, al conversar con las mujeres y analizar sus discursos se observó que todas ellas estaban interesadas en realizar el cambio y que contaban con bases sobre la importancia para realizarlo. No obstante, a pesar de saber la importancia hacia el cambio, el aspecto de la autoeficacia estaba carente en ellas. Por lo tanto, el abordaje de las BA en este estudio se orientó hacia la autoeficacia y no hacia la importancia del cambio, ya que este último sí era relevante para ellas y además creían en la importancia de perder peso y de llevar un estilo de vida saludable.

Tomando en cuanto lo mencionado anteriormente, se identificaron varias barreras y ambivalencias en las vidas de estas mujeres que contribuyeron a que la autoeficacia se

viera comprometida. Las barreras que se presentaron, se clasificaron en tres ámbitos: personal, familiar y laboral; los cuales se detallan en el cuadro 12.

Cuadro 12. Barreras a nivel personal, familiar, laboral y social que presentaron en las mujeres participantes de la investigación, INA, sede La Uruca, 2018.

Ámbito personal	Ámbito familiar	Ámbito Laboral
Falta de tiempo para preparar sus alimentos y realizar actividad física.	Sabotaje y falta de apoyo.	Responsabilidades en el trabajo.
Estados emocionales que se asocian al consumo excesivo de alimentos.	Alto consumo de comidas rápidas.	Incumplimiento de tiempos de comida
Falta de costumbre de consumir vegetales.	Instinto maternal hacia la complacencia y adecuación a hábitos ya establecidos en núcleo familiar (norma social)	Reuniones y/o giras laborales (norma social)
No llevar consigo sus comidas al trabajo.	Responsabilidad en cuidado de nietos.	Ofrecimiento constante de alimentos por parte de sus compañeros de trabajo (norma social).
Asociación de lo dulce con confort.	Condición de salud de hijos.	

Por otro lado, en el cuadro 13, se observa el cambio inicial y final de las BA, en las cuales se observan una disminución y/o desaparición al finalizar el proceso de intervención, exceptuando algunas barreras a nivel laboral y ambivalencias hacia el ejercicio.

La mayoría de estas BA disminuyeron, pasando de muy alto a alto, y de alto a bajo; sin embargo, es importante destacar que si bien estas no desaparecieron por completo como lo fue en el caso del consumo de agua, vegetales, lácteos y el tiempo para realizar los TC, las BA que disminuyeron presentaron una disposición por querer desaparecer y/o transformarse en BA menos intensas, lo cual dejó un portillo más abierto hacia un cambio positivo por completo.

Cuadro 13. Evolución inicial y final según las barreras y ambivalencias que presentaron las mujeres participantes de la investigación, INA, sede La Uruca, 2018.

Variable	Inicio	Final
<b>Barreras</b>		
Personal	↑ (n=15)	↓ (n=15)
Familiar	↑ (n=15)	↓ (n=15)
Laboral	↑↑ (n=15)	↑ (n=15)
<b>Ambivalencias</b>		
Ejercicio	↑↑ (n=13), 0 (n=2)	↑ (n=13), 0 (n=2)
Consumo de agua	↑ (n=8), ↓ (n=7)	0 (n=15)
Consumo de azúcar	↑↑ (n=15)	↓ (n=15)
Consumo de vegetales	↑ (n=11), 0 (n=4)	0 (n=15)
Consumo de lácteos	↑ (n=12), ↓ (n=3)	0 (n=15)
Tiempo para hacer TC	↓ (n=3), 0 (n=12)	0 (n=15)
Consumo de comida alta en grasa	↑ (n=15)	↓ (n=15)
↑↑ = Muy alto    ↑ = Alto    ↓ = Bajo    0 = Desaparece/no estuvo presente		

Estas barreras que se detectaron, según las mujeres, fueron las principales causantes que les impedían realizar cambios hacia un estilo de vida saludable. Sin embargo, estas llegan a ser pretextos, ya que no son causantes directos que justifican su conducta.

Con estas BA, en la mayoría de las mujeres se encontró una relación entre ellas, donde para muchas la falta de tiempo, da paso a no poder realizar actividad física y/o no preparar alimentos de forma saludable, lo cual contribuye a que la preparación de alimentos saludables se vea disminuidos (incluyendo consumo de vegetales) y por ende que no lleven sus alimentos consigo al trabajo. Si a esto se le suma la alteración emocional que presentan, la cadena de barreras continúa extendiéndose con la búsqueda de alimentos altos en grasa y azúcar que causen confort, disminuyan estrés y/o generen recuerdos satisfactorios, tal y como lo mencionó una de ellas:

*“... Con lo dulce si va a ser una tortura... yo si estoy consciente de que debo quitar lo dulce, pero para mí es como un refugio, no sé...y como le había dicho que lo dulce me trae muchos recuerdos de mi mamá y más si es dulce de leche...” (P8, S2)*

Estas barreras lograron ser detectadas por las mismas pacientes, en donde cada una buscó una solución que se adaptara a su estilo de vida. Por ejemplo, uno de los comentarios que detonó un cambio en ellas fue:

*“...Yo misma, yo puedo ser mi barrera, es pura excusa, soy yo y creo que con lo poquito que he logrado me he demostrado a mí misma que es necedad de no querer poner de mi parte...” (P9, S4)*

Dentro de las soluciones más destacadas que estas mujeres se propusieron para hacer frente a estas barreras fueron el disminuir el consumo de alimentos dulces buscando opciones con menor cantidad de azúcar o sustituto de azúcar (n=6), preparar algunos alimentos en sus casas (n=13) y comprar ensaladas y/o vegetales en la soda institucional (n=7), tener en el comedor de la oficina ciertos alimentos en caso de que no hayan podido cocinar (n=8), premiarse con compra de artículos personales en vez de comida (n=3), evitar andar con efectivo y/o tarjetas de crédito en el trabajo (n=1), comprar vegetales/ensalada en bolsa ya pre lavados y picados (n=5), y el tratar de dejar avanzada la preparación alimentos para el día siguiente (n=9).

En cuanto el tiempo para realizar ejercicio, ellas trataron de enfrentar esta barrera; sin embargo, para la mayoría esto no cambió notoriamente, ya que no se observaron cambios significativos para su implementación. Una de ellas comentó:

*“... Es frustrante, mi puesto me demanda mucho tiempo, por eso no he podido hacer cosas para mí que me motiven y me ayuden a estar más sana...años atrás tuve un cuadro de estrés tan grande que me tuvieron que incapacitar...” (P10, S3)*

A pesar de la falta de tiempo, algunas de las propuestas que mencionaron para enfrentar esta barrera fueron el dedicar algunos minutos de su hora de almuerzo a caminar por los senderos de la institución, buscar un centro recreativo y/o gimnasio cerca del trabajo o de camino a sus hogares para evitar perder tiempo en las presas.

En cuanto al ámbito familiar, al inicio se encontraron barreras relacionadas con la falta de apoyo de sus miembros de familia (esposos, hijos, hermanos, padres), quienes presentaban hábitos pocos saludables como el consumo frecuente de comida rápida, preparaciones y compra de alimentos poco saludables, propiciando en ellas un auto sabotaje, creando el deseo de complacencia e instinto maternal, de esposa y/o ama de casa. A esta situación se le suma condiciones de cuidado y responsabilidad económica

para el respaldo de nietos e hijos. Algunos comentarios que reflejan estas situaciones fueron las siguientes:

*“...Esa es mi otra debilidad, ME ENCANTA lo dulce... me fascina, yo no lo compro porque trato de cuidarme con eso, pero mi esposo o los chiquillos pasan por la panadería y traen...” (P3,S1)*

*“...A veces me dice (el esposo) que porque no compramos comida para no perder tiempo y descansar juntos, yo me hago de que no escuché pero cuando veo es que se puso ya a buscar promociones de pizza o hamburguesas o tacos, y lo manda a traer...” (P4,S2)*

Conforme se avanzó en las sesiones, algunas de las soluciones propuestas por ellas fueron el llegar a conversar con sus miembros de familia para expresarles su situación y contar con el apoyo de los mismos (n=15), cambiar las compras (n=15), disminuir el consumo de comida rápida (n=15), compartir de forma diferente con sus familiares sin involucrar comida (n=8), y el evadir situaciones que podrían generar detonantes hacia el consumo excesivo de alimentos (n=4).

Las barreras a nivel del ámbito laboral son muy influyentes, ya que condiciones de horario, giras, reuniones, puestos de trabajo que demandan alta responsabilidad, comidas compartidas y/o ofrecimiento de alimentos por parte de compañeros de trabajo son difíciles de cambiar para lograr el objetivo de un estilo de vida saludable. Una de ellas comentó:

*“...Si vienen de Guanacaste me regalan de esas delicias de panes y cajetas...Lucia (compañera) que andaba en Limón me trajo pan bon y patí, y no le voy a mentir me encanta y sí me lo como, con remordimiento, pero me lo como...” (P14,S2)*

Las mujeres están conscientes en que el factor laboral no puede desaparecer, pero sí llegar a ser modificable. Las soluciones para combatir estas barreras fueron sugeridas por ellas mismas, en donde destacaron el evitar situaciones y/o actividades detonantes, el hacerle saber a sus compañeros que están en un proceso de cambio, llevar sus alimentos para consumir en reuniones, llevar a las giras sus meriendas y tratar de conversar con los compañeros de trabajo para que asistan a lugares diferentes para almorzar que sean más saludable. Sin embargo, a pesar de estas propuestas de solución, para varias esta barrera continuó siendo un desafío para poder apegarse a sus objetivos.

En cuanto a las normas sociales que formaban parte tanto de las barreras familiar y laboral, las mujeres estuvieron conscientes de que en la mayoría de los casos estas situaciones sociales no pueden desaparecer por completo, pero sí lograron reconocer que pueden modificarse y/o adaptarse a su estilo de vida para hacerles frente. Entre las soluciones que ellas se propusieron a lo largo del proceso fueron el llevar opciones más saludables a reuniones y/o actividades sociales, no ajustarse a lo que van a dar de comer en una fiesta y/o actividad, sino comer en sus casas antes de salir y comentar con sus familias y compañeras de trabajo sobre la etapa de climaterio, la cual llegó a ser un reforzamiento de conocimiento y educación tanto para ellas como para otras personas. Esta última propuesta de comentar con otros sobre la etapa de climaterio fue de gran utilidad para ellas, ya que también contribuyó a que psicológicamente se sintieran comprendidas y a aceptar poco a poco los cambios que están presentando y a su vez fortalecer la comunicación dentro del núcleo familiar y laboral.

A lo largo de toda la intervención, las ambivalencias fueron actitudes que se presentaron constantemente en las mujeres, principalmente en temas relacionados con el cumplir con tiempos de comida, realizar ejercicio, mejorar el consumo de lácteos, disminuir el consumo de comida rápida y aspectos relacionados al ámbito familiar.

Estas mujeres, antes de iniciar este proceso, ya contaban con algunos conocimientos orientados hacia la nutrición, ya que todas en algún momento de sus vidas asistieron a una o varias intervenciones nutricionales, lo cual les permitió identificar conocimientos y situaciones que les pueden perjudicar o no su salud.

Varias mencionaron saber e identificar cambios y/o situaciones que deberían de realizar para mejorar su salud; no obstante, reconocen que no actúan sobre este conocimiento, admitiendo que su comportamiento es lo contrario de lo que deben de ser, lo cual corrobora una falta de autoeficacia. Algunos de los comentarios fueron:

*“...Es imposible, no sé qué hacer... sé que tengo que llevar meriendas pero no sé, se me olvida...la verdad es vagancia y majadería mía porque yo veo a mis compañeras que lo hacen y en ese momento yo me acuerdo de que yo también lo tengo que hacer, pero no lo hago...” (P1,S4)*

*“...Durante el día me dan ganas (de hacer ejercicio) y me digo hoy vamos a ir, vamos a sudar y que qué rico, pero llego y nada me pongo a hacer cosas, hasta ver el celular que es tiempo que puedo aprovechar...” (P6, S2)*

*“...En la casa generalmente tenemos galletas como chicky, yipi, sorbetos más que nada para picar... también papitas y yuquitas... lo compramos por los chiquillos, pero es mentira yo y mi esposo terminamos comiéndolo también... (silencio)...nos engañamos diciendo que son para ellos...” (P4,S5)*

Si bien es cierto, estas mujeres lograron en la medida de lo posible abordar estas ambivalencias, tomando conciencia de su accionar y analizando cómo esto puede perjudicar o beneficiar su salud, aún al finalizar la intervención se detectaron que ciertas ambivalencias se mantuvieron, pero en una menor intensidad. Por ejemplo, algunos comentarios que lo demostraron fueron:

*“...He empezado a hacer ejercicio pero que pereza me da a veces, la verdad quisiera llegar y acostarme, pero sé que es importante para mi salud y lo tengo que hacer...” (P11,S8)*

En cuanto a la ambivalencia entorno al ejercicio, estas se presentaron a lo largo de todo el proceso de intervención, donde la práctica del mismo en algunas de ellas no se realizó del todo, en otras de forma intermitente y/o hasta la mitad y/o final del proceso de intervención. Aquellas que realizaron ejercicio de forma intermitente (no hacerlo de forma constante), oscilaban entre una o dos semanas cumpliendo con una rutina ejercicio, pero luego otra(s) semana(s) sin realizar. Esta distribución de mujeres, que adoptaron o no el hábito del ejercicio durante el periodo de intervención se encuentra detallado en el cuadro 14.

Cuadro 14. Cantidad de mujeres según frecuencia de práctica de ejercicio a lo largo del periodo de intervención, INA, sede La Uruca, 2018

Implementación de ejercicio	Número de mujeres
Realizó ejercicio a lo largo de toda la intervención	2
No realizó ningún ejercicio a lo largo de la intervención	5
Realizó ejercicio de forma intermitente a lo largo de la intervención	4
Realizó ejercicio a partir de la 5 sesión de intervención	3
Realizó ejercicio hasta 7 sesión de intervención	1
<b>Total</b>	<b>15</b>

Si se observa de forma global, solamente 2 lograron hacer ejercicio desde un inicio (práctica que ya tenían desde antes de iniciar el proceso de intervención), manteniéndolo de forma constante a lo largo del proceso, mientras que 13 lo realizaron de forma intermitente y/o hasta mitad o final del proceso.

El no realizar ejercicio se ligó a comentarios realizados por las mujeres, quienes mencionaron aspectos orientados hacia barreras y ambivalencias:

*“...De todo lo que más me costó es hacer el ejercicio y lo sigue siendo pero ahí me la estoy jugando... desde que entre a los 40 el ejercicio se volvió mi talón de Aquiles...”*  
(P11,S3)

*“...El hacer ejercicio es la clave para todo el cambio, yo sé, no he hecho nada, voy a tratar de caminar, pero es que me da miedo que la rodilla me ceda y ahí si ya es un tortón...”*  
(P14,S6)

*“...Todo lo que he aprendido lo he aplicado, excepto el ejercicio jajaja.... Todavía tengo esa tarea...”* (P8,S6)

A pesar de la poca adherencia hacia el ejercicio, sí se observó cómo ellas lograron valorar la importancia del mismo e inclusive se percibió la iniciativa por querer empezar con el hábito. Por ejemplo, unas mencionan:

*“...No he salido a caminar por el tiempo.... Pero ahora trato de hacer uno que otro mandado en bus y así me obligo a caminar...”* (P5,S4)

*“...Fui a Pequeño Mundo (tienda de artículos) a comprar una de esas alfombras para hacer ejercicio, unas ligas y pesitas pequeñas...ahora lo que estoy tratando de hacer es levantarme un poquito más temprano para hacerlo...”* (P13,S4)

## G. Facilitadores para el cambio

Entre los facilitadores con las que algunas mujeres (n=3) contaban fueron el ser solteras y no tener hijos, lo cual les resultaba ventajoso en cuanto el poder dedicar tiempo para sí mismas; otras (n=4) mencionaron que el ya tener hijos mayores de edad les favorecía, ya que su nivel de estrés y responsabilidad disminuía un poco.

El vivir cerca de lugares propicios para hacer ejercicio, como parques, villas olímpicas y salones comunales, también fueron facilitadores con los que varias contaban (n=4); sin embargo, no fueron aprovechadas por varias de ellas.

Otras (n=6) recalcaron tener la gran ventaja de poder comprar/adquirir frutas y vegetales con gran facilidad, ya fuese asistiendo a la feria del agricultor cada fin de semana o teniendo árboles frutales en sus hogares. Además, otras (n=5) mencionaron contar con buena solvencia económica, ya que tenían dos o más ingresos fijos en el



hogar, también la posibilidad de contar con financiamiento del Sindicato para adquirir equipo de cocina y/o de ejercicio. Algunos de los comentarios de estos facilitadores fueron:

*“...Por dicha la feria queda a 5 o 10 minutos de la casa caminando, eso es un punto a mi favor, lo único es que sí tendría que levantarme más temprano para agarrar lo mejorcito...” (P10,S2)*

*“...Ya me han visto tan motivada con el ejercicio que para mi cumpleaños (semana pasada) me regalaron unas tenis y unas pesitas jaja ya soy la mamá fit jaja.... Me hace muy feliz, porque no me imagine que ellos me apoyaran tanto...” (P3,S5)*

*“...Pedí financiamiento con SITRAINA y me compre unas cosillas para la cocina que necesitaba cambiar, la refri y la cocina y de paso me compre también una freidora de aire...” (P7,S6)*

Es importante resaltar que el factor económico, que comúnmente llega a ser considerado como una barrera o limitante, en este grupo de mujeres no llegó a ser factor determinante que les impidiera alcanzar sus metas, inclusive una de ellas mencionó:

*“...Como te dije antes, yo decía que la plata era el problema porque siempre asocie en que hacer dieta sale caro, pero yo sé que puedo hacerlo sin excusas de que no puedo comprar algo... uno puede encontrar precios cómodos...” (P14,S4)*

#### H. Entrevista motivacional: Evolución de las etapas de cambio

Los resultados obtenidos con el cuestionario para evaluar las etapas de cambio al inicio y final, permitieron determinar la evolución de las pacientes, en cuanto a temas específicos como la importancia y la disposición para la pérdida de peso, el seguir un plan de alimentación, el disminuir el consumo de grasa y azúcar, el realizar actividad física, aumentar el consumo de frutas y vegetales y mejorar el consumo de lácteos y agua. A su vez, cabe destacar que el clasificar en etapas de cambio le permitieron a la facilitadora observar no solamente la evolución de las pacientes, sino que también saber cómo abordar las sesiones según el avance y que el contenido de la sesión fuera eficaz y oportuno para continuar con el desarrollo hacia el cambio.

En el cuadro 15 se observa la transición entre la etapa de cambio al inicio y final en cuanto a las variables anteriormente mencionadas. Estas etapas oscilaron entre contemplación y preparación, hasta llegar a acción y mantenimiento.

Cuadro 15. Distribución de mujeres según transición a la etapa de cambio en prácticas y hábitos de vida saludable al inicio y final de la intervención, INA, sede La Uruca, 2018.

Transición en la etapa de cambio del inicio al final de la intervención	Variables indagadas								
	Pérdida de peso	Seguir plan de alimentación	Consumo de grasa	Consumo de azúcar	Realizar tiempos de comida	Consumo de frutas y vegetales	Actividad física	Consumo de lácteos	Consumo de agua
PC a A	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C a C	-	-	1	1	-	-	5	1	-
C a P	-	-	5	6	2	1	6	5	1
C a A	4	9	3	5	2	5	1	4	2
C a M	-	-	-	-	1	3	-	-	1
P a P	-	-	-	-	-	-	1	-	1
P a A	10	5	6	2	3	3	-	3	3
P a M	1	1	-	-	1	2	-	-	1
A a A	-	-	-	-	-	-	1	1	-
A a M	-	-	-	1	4	1	1	1	2
M a M	-	-	-	-	2	-	-	-	4

Fuente: elaboración propia.

Nota: PC (precontemplación), C (contemplación), P (preparación), A (Acción), M (Mantenimiento), R (Recaída)

En cuanto a la disposición de las pacientes para la pérdida de peso como el seguir un plan de alimentación, la mayoría (n=11) estaban en preparación para bajar de peso, pero para seguir un plan de alimentación solamente 6 de ellas. Conforme el avance de las sesiones las etapas de contemplación y preparación fueron desapareciendo para dar paso a etapas de acción y mantenimiento.

El disminuir el consumo de grasa tuvo como característica, iniciar en las etapas de contemplación (n=9) y preparación (n=6), para posteriormente la etapa de contemplación desaparecer por completo, transformándose en preparación (n=5) y acción (n=9).

En cuanto al consumo de azúcares, dulces y postres, la mayoría (n=12) inició en una etapa de contemplación. Al finalizar, la etapa de contemplación dejó de ser relevante, dando mayor importancia a las etapas de acción (n=7) y mantenimiento (n=1). Para el consumo de grasas no hubo ninguna que se clasificara en la etapa de mantenimiento.

La disposición a realizar tiempos de comida, fue la variable en donde se observó al inicio una mayor variedad en etapas, donde 5 iniciaron en contemplación, 3 en preparación, 4 en acción y 2 en mantenimiento, para finalmente la mayoría categorizarse en etapas de acción y mantenimiento.

En cuanto al consumo de frutas y vegetales, las mujeres inician en etapas de contemplación y preparación, para finalizar en etapas de acción y mantenimiento. Cabe resaltar que todas comentaron que el consumo de frutas no se les dificultaba tanto como el consumo de vegetales no harinosos.

En cuanto a la disposición de mejorar el consumo de lácteos, la mayoría (n=10) inició en la etapa de contemplación, evolucionando todas a etapas de preparación, acción y mantenimiento. Finalmente, en cuanto a la disposición de consumir más agua, los resultados fueron notorios, ya que la mayoría inició en contemplación y preparación, logrando alcanzar estadios de acción (n=5) y mantenimiento(n=8).

La variable sobre actividad física fue un aspecto cuyo cambio no fue marcado hacia la evolución de etapas de acción y mantenimiento, ya que 5 de ellas se mantuvieron en la etapa de contemplación, 6 pasaron de contemplación a preparación; solamente una pasó de contemplación a acción y otra se mantuvo en la misma categoría de preparación.

Algunos comentarios de estos cambios en las etapas de las nueve variables medidas fueron:

*“...El fin de semana fuimos a la feria y compramos muchos vegetales, y también los que son verde oscuro como los que vimos la vez pasada...” (P1,S3)*

*“.... En la noche he hecho como tipo sándwich o con pan pita y lo relleno con ensalada. Compré ensalada de bolsa en el súper, es que es más rápido y siento que dura más...” (P12,S6)*






*“...Disminuí bastante el dulce, ya no paso en frente de Spoon para no verme tentada jajaja... ya si las ganas son demasiadas me como un chocolatito pequeño...” (P11,S3)*

Además de estos comentarios, cabe destacar que en la investigadora se logró observar una diferencia marcada en cuanto a duración (tiempo en responder), seguridad y

gestos corporales a la hora de responder el cuestionario. Esto porque en la primera sesión cuando empezaron a responder el cuestionario, ellas tomaron un tiempo considerable tanto para leer como para decidir en cuál de las opciones encasillarse; mientras que para la aplicación del mismo cuestionario al final de la intervención se observó un semblante positivo, de seguridad y rapidez para responder.

Además de evaluar las etapas de cambio al inicio y final sobre variables específicas, se complementó con una escala autoevaluativa del estadio de cambio aplicada entre la segunda y séptima sesión. Esta escala permitió determinar de manera generalizada sobre cómo estaba su actitud hacia el cambio de manera general (sin especificar en ningún tema) antes de dar inicio a la sesión de intervención. Dichos resultados se muestran en el cuadro 16.

Cuadro 16. Distribución de las mujeres según evolución en la etapa de cambio a lo largo segunda y séptima sesión de intervención, INA, sede La Uruca 2018.

<b>Etapas</b>	<b>Imagen representativa de la etapa de cambio</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>	<b>S7</b>
<b>Precontemplación</b>		-	-	-	-	-	-
<b>Contemplación</b>		-	-	-	-	-	-
<b>Preparación</b>		10	6	2	-	-	-
<b>Acción</b>		5	9	13	13	11	7
<b>Mantenimiento</b>		-	-	-	2	4	8

Fuente: elaboración propia.

A lo largo de la segunda y séptima sesión, se observó que ninguna de las pacientes se ubicó en los estadios de precontemplación, ni de contemplación, siendo así las etapas de preparación y acción las de mayor categorización.

Conforme se avanza en las sesiones las etapas se nota que van cambiando de forma positiva, el pasar de la etapa de preparación a la de acción se vio de manera paulatina, pero sostenida en cada una de las sesiones. Ya para la mitad de la intervención (cuarta sesión), se observó que 13 de ellas pasaron a la etapa de acción y se visualizó una gran motivación por continuar con los cambios alcanzados. Algunas comentaron:

*“...Logre tomar más agüita por dicha, donde me cuesta más hacerlo son los fines de semana, pero he notado que el cuerpo me lo pide entonces me tomo uno que otro vaso, ya entre semana me es más fácil porque me estructuro más...” (S3,P12)*

*“...Ya no volví a pasar a la panadería en las tardes, los primeros días me costó pero ya pude controlarme un poco y cuando voy donde mami en las tarde ya ella me tiene las galletas sanissima y las Tosh...” (S4,P3)*

Cabe resaltar, que a pesar de que este formulario no contaba con alguna ilustración/imagen que se relacionara con la etapa de recaída, no se detectó ningún retroceso por parte de las participantes, al contrario, varias comentaron sobre su perseverancia a pesar de no haber cumplido a cabalidad con alguna tarea o meta propuesta.

Los resultados obtenidos con estos dos formularios, permitieron un análisis por parte de la facilitadora, quien según el discurso y lenguaje corporal de las mujeres se identificó si estos realmente coincidían con lo expresado por ellas. Esta comparación entre el segundo instrumento (escala evaluativa del estadio de cambio aplicada entre la segunda y séptima sesión) y lo observado por la facilitadora se detalla en el cuadro 17.

Cuadro 17. Distribución de las mujeres según la evolución en los estadios de cambios expresados por las mujeres y los detectados por la facilitadora a lo largo del proceso de intervención, INA, sede La Uruca, 2018.

<b>Sesión</b>	<b>Número de mujeres</b>	<b>Estadio expresado por la paciente</b>	<b>Estadio detectado por la facilitadora</b>
<b>Sesión 1</b>	1	N/A	Precontemplación
	4	N/A	Contemplación
	10	N/A	Preparación
<b>Sesión 2</b>	9	Preparación	Preparación
	1	Preparación	Precontemplación
	5	Acción	Preparación
<b>Sesión 3</b>	4	Preparación	Preparación
	2	Preparación	Acción
	9	Acción	Acción
<b>Sesión 4</b>	2	Preparación	Acción
	13	Acción	Acción
<b>Sesión 5</b>	13	Acción	Acción
	2	Mantenimiento	Acción
<b>Sesión 6</b>	11	Acción	Acción
	4	Mantenimiento	Acción
<b>Sesión 7</b>	7	Acción	Acción
	8	Mantenimiento	Acción
<b>Sesión 8</b>	15	N/A	Acción

Según lo observado por la facilitadora, las etapas coinciden en la mayoría de las ocasiones con lo indicado por las mujeres; no obstante, sí se detectó que en las primeras sesiones ellas siempre indicaron estar un poco más avanzadas en etapas. A partir de la mitad de la intervención se empezó a observar una mayor coincidencia entre las mujeres y lo observado por la facilitadora, donde a pesar de ellas indicar haber finalizado en etapa de mantenimiento, para la facilitadora llegó más bien a ser igual a una etapa de acción, ya que el hábito no se ha instaurado por más de 6 meses.

La única diferencia detectada por la facilitadora, fue con una de las mujeres quien al inicio indicaba estar en etapa de preparación, cuando por su lenguaje corporal negativo, (brazos cruzados y mostrando poco interés), reflejaba estar con una negatividad hacia el proceso. Conforme el avance de las sesiones, la expresión de esta paciente cambió

notablemente y a partir de la tercera sesión se logra ver una coincidencia con lo expresado por la paciente y lo observado por la facilitadora.

A lo largo de las sesiones, la facilitadora también detectó que la mayoría de las mujeres contaban con gran positivismo y motivación para implementar los cambios, lo que iba incrementando en cada una de las sesiones. A su vez, como se mencionó anteriormente, según comentarios de las mujeres no tuvieron retrocesos y/o recaídas, siendo también corroborado por la observación de la facilitadora en cuanto al lenguaje verbal y corporal.

Esta evolución hacia etapas de cambios superiores, fueron evidenciados por comentarios como:

*“...Me siento confiada en que poder continuar y mantenerme... estoy muy feliz con los resultados y también los cambios que he logrado ver en mi familia porque fue un cambio radical... yo aprendí y aprendí a enseñarle a mi familia...” (P3,S8)*

*“...Ya en mi casa las compras cambiaron radicalmente, prácticamente desde que iniciamos empecé a comprar poco a poco cositas que sé que me van a ayudar... lo he mantenido y la verdad no me ha costado tanto a como pensé porque son opciones que también son ricas...” (P10,S6)*

#### I. Tipos de motivaciones de las mujeres

La evolución de las etapas de cambio también fue de la mano con el tipo de motivación que presentaban las mujeres para realizar el cambio. Al igual que la etapa de cambio la motivación fue evolucionando de extrínseca a intrínseca, como se observa en el cuadro 18, 10 mujeres iniciaron la intervención con motivación de tipo intrínseca, mientras que la motivación tipo extrínseca estaba presente en 5 mujeres desde el inicio.

Cuadro 18. Número de mujeres según el tipo de motivación a lo largo de las sesiones, INA, sede La Uruca, 2018.

<b>Tipo de motivación</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>	<b>S7</b>	<b>S8</b>
Solo motivación extrínseca	4	2	0	0	0	0	0	0
Solo motivación intrínseca	5	5	6	8	9	10	10	11
Motivación extrínseca mayor a intrínseca	1	3	2	1	0	0	0	0
Motivación intrínseca mayor a extrínseca	5	5	7	6	6	5	5	4

Estas motivaciones extrínsecas para el cambio, también se vieron influenciadas por los conocimientos o pensamientos en torno al climaterio, ya que estas mujeres asociaban esta etapa con el paso hacia la vejez y el ser poco atractivas. Su preocupación por querer evitar y/o retrasar cambios a nivel de piel como resequedad y aparición de arrugas, flacidez y el exceso de peso, llegan a ser de gran importancia para ellas. Por ejemplo, algunas mencionaron:

*“... Quiero verme mejor, tengo mucha grasa en la panza... parezco una Whopper jajaja... eso si no quiero perder demasiado porque no quiero parecer un chau chau todo escurrido cuando lo mojan jaja...” (P6,S1)*

*“...No me veo bien, desde que entre a los 40 mi aspecto cambió mucho... quiero verme mejor, más que todo el mundo le dice a uno que la meno lo termina haciendo leña...” (P14,S1)*

*“...Mi abuela y mi mamá siempre me dijeron que es la etapa en donde uno ya se pone vieja y se cae todo, los senos, que la papada se ve más, para mí la meno es igual a que me digan estas VIEJA...” (P10,S1)*

La motivación extrínseca que presentaban estas mujeres fue evolucionando poco a poco a una motivación de tipo intrínseca, esto al desfocalizar la atención hacia el cambio físico y orientarlo hacia un mejor estilo de vida, alcanzar cambios internos permitió observar al final del proceso cómo todas las mujeres manifestaron tener motivaciones intrínsecas asociadas a la salud. Es importante destacar, que al terminar el proceso, 4 de ellas concluyeron con los dos tipos de motivaciones, pero de igual forma llegaron a sobreponer la motivación intrínseca como principal estímulo. Algunos comentarios sobre motivación intrínseca que surgieron a lo largo de la intervención fueron:

*“...A quién no le gusta verse bien?, pero para mí todo es un paquete, porque nada hago viéndome bien si estoy fatal por dentro...” (P11,S5)*

*“...Todo es un conjunto, mi calidad de vida en unos años...definitivamente sentirse bien por dentro y por fuera ya no es algo bueno, sino NECESARIO...” (P13,S4)*

A su vez, se observó que con la técnica de EM, se contribuyó a modificar las motivaciones de extrínsecas a intrínsecas. Por ejemplo, al comparar el discurso inicial y final de las mismas pacientes se logra constatar cambios significativos con la implementación de la EM, donde su pensar y accionar empezó a cambiar. Algunos de estos comentarios se muestran en el cuadro 19.



Cuadro 19. Comparación de discursos de algunas mujeres entre la primera sesión y sesiones siguientes de intervención

Comentarios en la primera sesión	Comentario en las sesiones siguientes
<i>"...No puedo seguir así, la ropa no me queda, camino y como que me ahogo, probarse ropa y ver que no hay tallas más grandes o que simplemente no te queda bien, es triste y la necesidad de la gente que te diga que estas más gorda..." (P5,S1)</i>	<i>"...Soy consciente de que tengo que hacer muchos cambios en mis hábitos alimenticios, porque el peso en que estoy ya puedo empezar a desarrollar muchas enfermedades...sinceramente siento que mi cuerpo es como una olla de presión porque con todo lo malo que estoy haciendo tarde o temprano va a reventar y lo que yo estoy sintiendo ahorita es que mi cuerpo me está diciendo 'alto'..." (P5, S3)</i>
<i>"...Yo siempre he querido ser como esas señoras en donde uno dice juepucha que conservada que esta, así con buen pesito, la piel bonita y toda la cosa... verme bien para mí y mi esposo, porque claro es muchísimo más joven que yo y tampoco puedo verme como la abuelita de él..." (P6,S1)</i>	<i>"... Un día de estos no pude subirme a una silla con aquella facilidad que antes podía, me costó mucho y me baje como una viejita... y me acorde de lo que vimos en la cita pasada, todas las complicaciones que pueden darse en esta etapa si uno no se cuida...como te había dicho la parte de verse bien es importante, pero sentirme así tampoco es sano y hasta lo puede llegar a deprimir a uno... quiero cambiar para sentirme mejor..." (P6, S4)</i>
<i>"... Nunca he sido una Barbie, pero no te lo voy a negar cuando estaba más joven siempre me piropeaban... en los últimos años he venido sintiendo que me he descuidado en mi aspecto físico y yo no era así, siempre me preocupe por mantenerme en mi peso y si aumentaba hacia lo que fuera para volver a como estaba, ahora como que me fue valiendo y vea como estoy ahora..." (P13,S1)</i>	<i>"...Todo es un conjunto, la parte de sentirse bien por dentro y por fuera... si lo pongo en una balanza, ya analizando todo, mi edad, mi calidad de vida en unos años, lo que ya estoy sintiendo, mis rodillas, mi rendimiento sexual... no quiero llegar a más complicaciones de salud, más bien siento que estoy a tiempo para hacer el cambio y no llegar a un panorama peor..." (P13, S4)</i>

## J. Implementación de la EM

Con la implementación de la técnica de EM se observó el cambio en el pensamiento y discurso de estas mujeres, el positivismo, motivación e iniciativa incrementó. A su vez se logró detectar cómo a través de sus comentarios, la adquisición de conocimientos, prácticas y herramientas les fueron de gran ayuda para orientarse hacia el cambio y así mantenerlos.

La técnica de EM, al permitir detectar las BA, tanto por la facilitadora como por las propias mujeres, el abordarlas con técnicas de aprendizaje y herramientas para la introspección fue clave para propiciar la autoeficiencia hacia el cambio.

Para aplicar estas técnicas y herramientas fue fundamental tomar en cuenta el nivel educativo de las participantes, y que se creara un ambiente positivo y de seguridad donde se sintieran cómodas para expresar sus ideas y propuestas. Por otro lado, el uso de metáforas, parafraseo y cambio de rol entre la facilitadora y las mujeres permitió contribuir al desarrollo de la autoeficiencia, ya que ellas mismas sugerían soluciones que podrían también aplicar a sus vidas. A su vez, el propiciar en las sesiones espacios de silencios activos, contribuyó a que ellas se autoanalizaran en cuanto su accionar y que también logaran expresar su sentir.

El recurrir a preguntas abiertas también fue una técnica fundamental que favoreció la búsqueda de soluciones y el desarrollo de autoanálisis por parte de ellas, a lo cual se le sumó, por parte de la facilitadora, una orientación de no dar las soluciones o respuestas a sus problemas, sino que ellas mismas buscaran sus respuestas y que estas fuesen realmente viables para su estilo de vida.

Por otro lado, el uso de material didáctico adecuado para ellas, también fue clave en el desarrollo de aprendizaje y la autoeficiencia, ya que los materiales se diseñaron de tal forma que ellas pudieran interactuar con estos y que reflejaran de forma sencilla explicaciones que les permitieran retener la información. A su vez, el uso de este material y el dejar tareas después de cada sesión, inspiró a que ellas propusieran ideas e investigaran sobre preparaciones sencillas que incluyeran alimentos saludables.

El uso de la tecnología también fue un buen aliado para mantener la comunicación entre la facilitadora y las mujeres, ya que ellas lograron compartir fotografías de nuevas preparaciones que habían intentado, compras que habían realizado en el supermercado y/o feria y días en donde algunas de ellas habían logrado realizar algún tipo de ejercicio.

El propiciar un espacio de comunicación después de la sesión por medio de mensajes de texto permitió observar que el desarrollo de seguridad y la autoeficiencia se fortalecía, ya que en vez de preguntar "*puedo hacer esto*" o "*puedo comer esto*", se convirtió en

*“hice esto”, “sustituí esto por esto”, “lo hice más saludable que antes”, permitieron motivar y cultivar en ellas la iniciativa y curiosidad por seguir con el cambio, desarrollando así cada vez más la autoeficiencia.*

Entre los comentarios que algunas mencionaron que demostraron un cambio notorio en ellas fueron los siguientes:

*“... Definitivamente al ver esto y la forma en que me siento ahorita es totalmente diferente, todo lo que aprendí... a quererme y valorarme aún más a mi cuerpo y también como mujer...” (P1,S8)*

*“...Todas las sesiones tuvieron un ingrediente muy bonito donde siempre se dirigió a mi condición (climaterio)...estoy feliz y agradecida tanto con usted como conmigo porque tuve la determinación de querer cambiar...” (P6,S8)*

*“...Esta despedida es un trago dulce y amargo a la vez.... Dulce por todo lo que me enseñó, pero muy amargo porque termina y uno quisiera que se extendiera y seguir aprendiendo cada vez más...pude creer en mí, de que lo puedo hacer y que nadie lo va a hacer por mí...” (P9,S8)*

*“...Siendo sincera yo he ido a muchas otras nutricionistas y pensé que el participar iba a ser algo parecido... pero viendo la paciencia, los ejemplos, el material se nota que quiere que la persona aprenda y júrelo de que aprendí demasiado...” (P6,S8)*

Por otro lado, la EM también contribuyó a un cambio positivo hacia la motivación para la adopción de un estilo de vida saludable. Por ejemplo, algunos de los comentarios fueron:

*“...Sé que la relación músculo y grasa hace que varíe el peso por eso no me enfoco en el peso... pero igual perder peso es sinónimo de que algo bueno está cambiando dentro de mí...” (P10, S4)*

*“...Esta vez trate de no prestarle tanta atención al peso, que eso es lo que le venden a uno solo bajar de peso, esta vez siento que aprendí más que nada a tomar las cosas con calma y hacer las cosas de forma tranquila y poco a poco, porque si me desespero por querer ver resultados rápidos es ahí donde uno termina dejando todo botado...” (P7,S8)*

*“... (En cuanto al peso) no quiero estresarme pensando en eso sino en ir despacio porque ya la vida es estresada y más uno en estas edades...” (P12,S7)*

## VI. Discusión

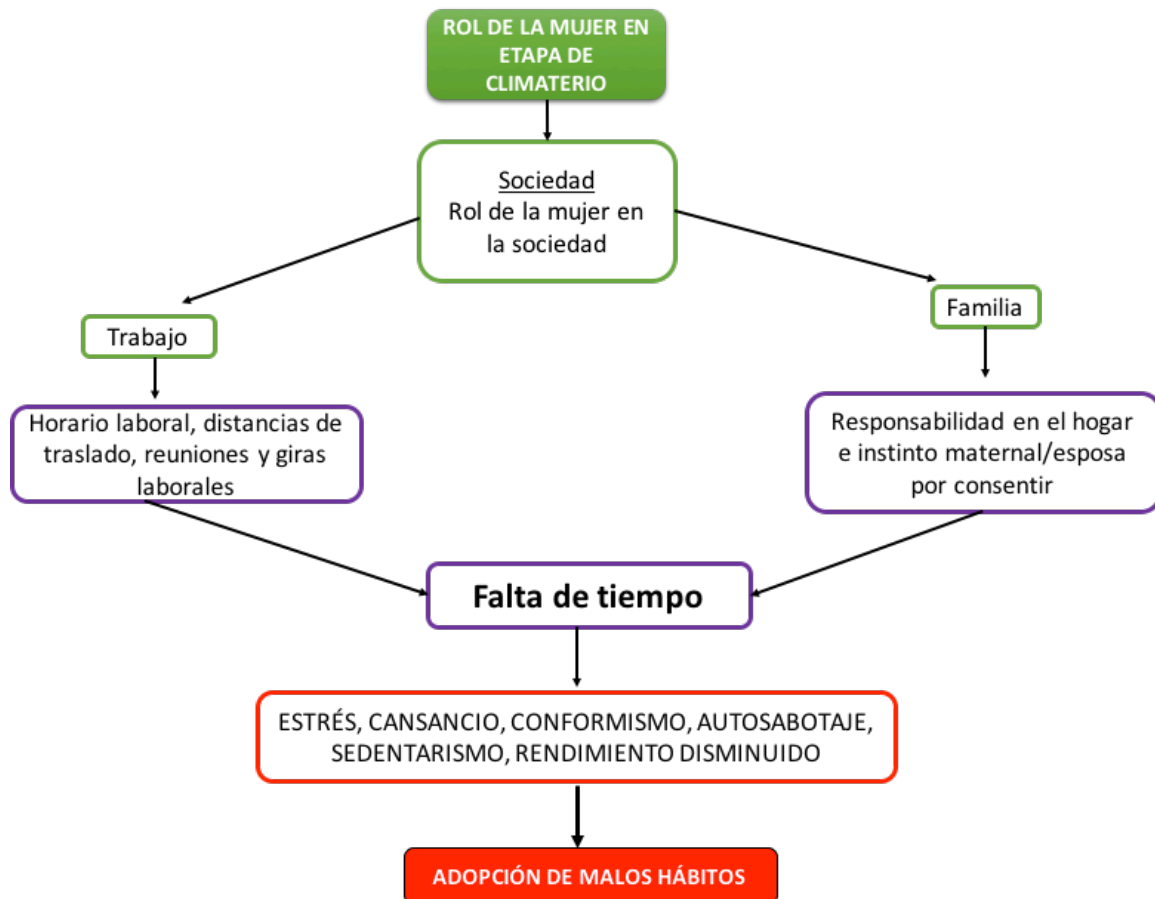
La obesidad en el climaterio puede acarrear consigo el desarrollo de múltiples enfermedades como las cardiovasculares, DM, HTA, problemas respiratorios, DLP, cáncer entre otros, esto sino se toman las medidas necesarias como la adopción de un estilo de vida saludable (Fernández et al 2010). Varios de estos padecimientos ya los presentan las mujeres de esta investigación, entre ellos la HTA, DLP y problemas a nivel cardiovascular. Sumado a esto, las alteraciones gastrointestinales durante la etapa de climaterio también llegan a ser frecuentes, Quezada (2017), menciona que por los mismos desequilibrios en los niveles de estrógeno se ven afectados ciertos procesos digestivos, produciendo gastritis (agruras), colitis, reflujo gastroesofágico y/o estreñimiento, los cuales también fueron mencionados por las mujeres del estudio.

Otros padecimientos que se asocian de igual forma con la etapa de climaterio y fueron mencionados tanto por las mujeres, como por Fernández et al (2011), son las infecciones urinarias, discopatías, escoliosis, osteopenia, lumbalgia, fibromialgia, artrosis y dolores osteomusculares.

Estas condiciones de salud que ya presentan las mujeres en estudio, han sido potenciadas por factores que han contribuido a la adopción de hábitos poco saludables. Estos factores, que se muestran en la figura 2, contribuyen a un ciclo desfavorable en la vida de estas mujeres, donde la demanda laboral y familiar llegan a ser las principales influyentes en el accionar de ellas. Estos elementos tienen gran relación entre sí, aspectos de diario vivir que para ellas se desglosan en otros múltiples factores, los cuales llegan a ocasionar estrés, cansancio, autosabotaje, sedentarismo y conformismo.

Si se relacionan estos factores expuestos en la figura 2, con los problemas metabólicos propios de la etapa climatérica, se puede ver una asociación de cómo las diversas responsabilidades familiares, sociales y laborales provocan en ellas el desplazarse a un segundo plano, dedicándose poco tiempo a sí mismas para adquirir y/o mantener hábitos saludables, que les permitan evitar y/o mejorar padecimientos ya propios de la etapa climatérica, como la obesidad, problemas gastrointestinales, osteomusculares, entre otros.

Figura 2. Factores que influyen en la adopción de hábitos saludables en la vida de las mujeres participantes de la investigación, INA, sede La Uruca, 2018.



Fuente: elaboración propia.

Dentro del factor trabajo, según lo mencionado por ellas, se desatacan la falta de tiempo por la demanda laboral y la distancia de traslado del trabajo a sus hogares.

Si bien es cierto, al residir y trabajar en la GAM las 15 mujeres, es importante valorar las distancias y el tiempo invertido para su traslado del trabajo hacia sus hogares y viceversa. Esta pérdida de tiempo afecta tanto a estas mujeres como al resto de la población, ya que como menciona La Nación (2015), miles de costarricenses quedan atrapados en interminables presas, perdiendo hasta más de dos horas para ir y regresar del trabajo, lo que representa un 25% en promedio de su tiempo efectivo, el cual para

estas mujeres puede llegar a ser aprovechado para la realización de diversas actividades que favorezcan su salud.

Por otro lado, las horas laborales son un aspecto importante a valorar, ya que, si bien es cierto, lo establecido por ley es que se laboren ocho horas diarias, dependiendo del volumen de trabajo o de giras laborales, estas horas pueden extenderse, contribuyendo a la vez a una mayor falta de tiempo. Esta situación se asocia a los altos niveles de estrés, que contribuyen a una mayor dificultad para ajustar tiempos, principalmente en aspectos personales de su salud y bienestar. Esto es constatado por Guibert et al (2000), quien menciona que las excesivas horas de trabajo repercuten en la salud y en el bienestar psicológico de la mujer, donde la combinación del trabajo fuera y dentro del hogar va en detrimento del rol laboral de la mujer. A su vez, si se analiza desde la perspectiva alimentaria, también esto llega a perjudicar, ya que como Fernández (2015) y Carranza (2016) mencionan, aquellas personas que dedican más de 45 horas semanales a sus empleos, suelen eliminar o reducir la ingesta de frutas, verduras y pescados, sustituyéndolos por un alto consumo de carbohidratos, grasas saturadas y alimentos bajos en fibra.

Si a esta situación se le agregan los factores familiares, que comienzan justo después de concluidas sus horas de trabajo, se le suman más responsabilidades y falta de tiempo. Estas mujeres al llegar a sus hogares, cambian su rol a esposa, madre y/o abuela, lo cual hace que su trabajo continúe, convirtiéndose así en una jornada doble. Sumado a esto, el instinto maternal de complacer a sus miembros de familia con la preparación y compra de alimentos poco saludables, influye en el estado de salud de estas mujeres.

Gómez et al (2008), menciona que todas estas actividades caen en el rol asignado socialmente por muchos años a la mujer, generalmente el preparar la alimentación recae sobre ellas, y por la misma creencia social a ellas mismas se le dificulta el delegar esta u otras tareas. Dicha característica también es reflejada en la población de estudio, ya que la mayoría indica ser ellas mismas las encargadas de la alimentación del núcleo familiar. A su vez, si a esto se le aúna el factor tiempo, se encuentra que suelen buscar métodos y tipos de alimentos que les simplifique su rutina diaria donde no deban invertir demasiado tiempo, recurriendo así a la compra de alimentos altos en grasa, azúcares y carbohidratos (comida chatarra), y/o la preparación de alimentos utilizando técnicas rápidas como la

fritura y el sofrito. Esto mismo es constatado por Criado (2007), que indica que las mujeres con tal de ajustar y distribuir sus tiempos día a día, suelen comprar comidas ya preparadas y/o cocinar grandes cantidades de alimentos para congelar por varios días, utilizando productos industrializados, precocinados e ingredientes con alto aporte de sodio, grasas y carbohidratos.

Además, es importante recalcar que el consumo de este tipo de alimentos generalmente es dictado por el patrón familiar, la mujer prefiere complacer a su familia, dejándose de lado sus preferencias y/o posibilidades de adoptar hábitos más saludables.

Este panorama provoca que estas mujeres lleguen a restar más tiempo para sí mismas, desplazándose así a un tercer plano. Esta característica es similar a lo indicado por Couto & Nápoles (2014), quienes mencionan que la población femenina mayor de 45 años se convierte en el centro de la dinámica familiar y de la administración económica del hogar; asimismo, aumenta su responsabilidad como cuidadora de padres o suegros, ahora convertidos en adultos mayores, así como de los nietos. Esta doble jornada resulta ser una recarga de las actividades domésticas, se incrementan las responsabilidades familiares y sociales y una inadecuada dinámica familiar recrudece la gravedad de los síntomas climatéricos.

Estos factores laborales y familiares generan en ellas estrés, cansancio (físico y mental), bajo rendimiento, conformismo, autosabotaje y sedentarismo, lo cual por ende se refleja en una adopción de hábitos poco saludables. Sin embargo, a pesar de estos factores influyentes, es importante recalcar que existe un proceso fisiológico que puede estar influenciado en la elección de este tipo de alimentos. Esto es corroborado por Pavón et al (2006), quienes mencionan la existencia de neuropéptidos implicados en el comportamiento alimentario que se han relacionado con ciertas preferencias de las mujeres en etapa menopáusica por los alimentos grasos, como frituras y/o alimentos de bollería.

Con lo mencionado anteriormente y la alteración en la alimentación de estas mujeres, se refleja que, por sus múltiples responsabilidades, también se propicia la omisión de tiempos de comida, picoteo y búsqueda de alimentos altos en carbohidratos y grasas.

Asociado a esto, se encuentra lo mencionado por Varela et al (2008), en cuanto la importancia de realizar tiempos de comida, es que al no mantener horarios de comidas establecidos en donde haya una distribución de 3 tiempos principales y 2 o 3 meriendas, puede ocasionar hipoglucemia, lo cual se asocia en la mujer en etapa menopaúsica con una mayor frecuencia de sofocos, irritabilidad y cansancio, contribuyendo así al aumento de peso.

Tomando en cuenta todos los factores que rodean la vida de estas mujeres más los cambios y respuestas fisiológicas durante esta etapa, fomentar un cambio en estas mujeres donde se lograra intervenir tanto en el aspecto alimentario (realizando tiempos de comida, mejorando alimentos fuente de calcio, vitamina D y vitaminas del complejo B) fue indispensable, al igual que el manejo de emociones, ambivalencias y barreras (EM), y que no solo logran realizar el cambio, sino que este fuera de forma sostenida en el tiempo.

Al conocer la importancia del tratamiento no farmacológico a través de los alimentos, se observa que estas mujeres antes de dar inicio a la intervención no cumplían de manera satisfactoria el consumo de lácteos, frutas, vegetales y agua, donde existía un alto consumo de reposterías y alimentos altos en grasas, azúcares y carbohidratos, lo cual llegó a agravar aún más la condición de estas mujeres, tal y como menciona el estudio realizado por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y la Universidad de Navarra, el cual determina que en el consumo de comida rápida y bollería industrial se encuentra una asociación directa con la depresión, de modo que los consumidores de este tipo de productos tienen un 50% más de probabilidades de desarrollar esta patología, lo cual puede contribuir más a los ya padecimientos propios de la etapa climatérica (Fernández, 2015).

Todas estas prácticas poco saludables propician el incremento de peso y la aparición de enfermedades asociadas a la obesidad. A este incremento de peso en la mujer durante la etapa de climaterio se le asocian cambios importantes en la composición corporal, como la disminución de la masa magra y aumento de la masa grasa y el tejido adiposo abdominal (Gómez y Alfaro, 2002). Dicha característica se refleja en esta población de estudio, ya que todas iniciaron el proceso de intervención con un exceso de peso y una Cab aumentada.



Los cambios observados a lo largo del periodo de intervención permitieron observar un cambio global en diversos aspectos; uno de ellos las medidas antropométricas.

Si se analiza el aspecto de pérdida de peso, es importante resaltar que durante la intervención, la pérdida peso entre una sesión y otra para varias pacientes no fue muy marcada, exceptuando a tres de ellas, quienes además de haber tenido una pérdida de peso bastante considerable, contaban con la característica en común de iniciar el proceso con un peso mayor a 100kg y con un IMC superior a 40. Esto como menciona Amzallag (2000), se debe a que en la obesidad mórbida se presenta una ventaja sobre aquellos cuerpos menos corpulentos con porcentaje de grasa menores, ya que personas con obesidad mórbida al presentar mayor masa grasa pueden eliminarla y quemar calorías mucho más rápido, traduciéndose así en una pérdida de peso mucho más notable en un periodo de tiempo más corto que otros.

El aplicar la EM en estas mujeres y el observar cómo esta contribuyó a la pérdida de peso permite visualizar la efectividad de la técnica. Esto también coincide con lo realizado por Greaves (2008), cuando se indica en su estudio de intervención de 6 meses, aplicando la EM con sesiones individualizadas, que se lograron cambios beneficiosos en sus pacientes obesos, donde la pérdida de peso fue de un 5% de su peso total. Estos resultados también fueron reflejados por Karlsen (2013), quien también mencionó que la aplicación de la EM permite que los pacientes presenten una pérdida de peso entre un 7–10% del peso total en un periodo de 6 meses.

Por otro lado, en algunos casos la pérdida de peso no fue la cantidad esperada; sin embargo, es importante recalcar que la etapa de climaterio en la que se encuentran llega a representar cierta dificultad para observar cambios más notorios en peso, ya que tal y como menciona Blümel (2016) en esta etapa el metabolismo y gasto calórico se ve disminuido.

Por otro lado, a pesar de que no forma parte de la técnica de la EM, es importante recalcar que los resultados positivos de la pérdida de peso y medidas, también se vieron favorecidos al desfocalizar la pérdida de peso como objetivo de la intervención. Esto es respaldado por Rubio (2005), quien menciona conveniente que en el tratamiento de la OB se debe enfocar, no sólo con la intención de perder peso, sino también de establecer las estrategias para mantener el peso perdido a largo plazo, porque esta es la única manera

de mejorar el perfil de riesgo asociado a la OB. A su vez, menciona que el no enfocarse en la pérdida de peso, le transmite al paciente una perspectiva diferente hacia el cambio, orientado a darle un mayor valor a la nueva adopción de hábitos saludables, los cuales al llegar a ser sostenidos en el tiempo logran mayores beneficios que una pérdida de peso acelerada.

El saber orientar el tipo de motivación para obtener resultados exitosos, es vital para ver resultados positivos, la motivación tipo intrínseca debe ser priorizada en las vidas de estas mujeres. Lamas (2008) destaca que el alentar la motivación intrínseca permite observar un mayor interés y apego hacia la actividad que se está realizando, mientras que la motivación de tipo extrínseca aparta el interés hacia la actividad, satisfaciendo otros motivos que no están relacionados con la actividad en sí misma. Lo mismo es constatado por Fernández (2016) y Soriano (2001), quienes mencionan que las recompensas externas apartan a la persona de la motivación que realmente importa: la motivación intrínseca.

A sabiendas de lo anterior, todo el proceso de intervención se enfocó en orientar y mantener la motivación intrínseca, lo cual, por los resultados obtenidos a nivel de cambio en la mentalidad hacia un estilo de vida saludable, logró ser notorio y beneficioso para ellas. Este cambio logró ir desarrollándose en conjunto con la facilitadora, quien por medio de la escucha reflexiva, el propiciar espacios de autorreflexión, curiosidad e iniciativa, le permitió hacerles saber que son capaces de alcanzar el éxito y el cambiar su mentalidad del "tengo y debo" al "quiero y voy hacer".

El cambio de hábitos de las mujeres en estudio se hace más evidente a partir de la tercera sesión, los cuales coinciden con el cambio y priorización de la motivación intrínseca en la vida de ellas. Esta motivación, tanto por parte de las mujeres como de la facilitadora, se mantuvo a lo largo del proceso, a pesar de que en ocasiones ellas mismas reconocieron el no haber logrado a cabalidad algunas de sus metas propuestas. Esta característica motivacional en ellas, se asoció al no observar ningún tipo de retroceso que indicara recaídas a lo largo del proceso.

Además de recurrir al fortalecimiento de la motivación intrínseca, el complementarlo con la EM, permitió observar más cambios positivos en esta población en estudio. Camargo et al (2013) comenta que la EM favorece un ambiente adecuado para fomentar

la motivación y la reflexión activa en el paciente e inicia el proceso de toma de decisiones basado en la autonomía y autocuidado.

La EM, por medio de las etapas de cambio permitió evaluar el avance de las mujeres en cuanto diversos hábitos. Las tres técnicas utilizadas para identificar y clasificar a las mujeres en estas etapas de cambio constataron el avance, ya que los resultados fueron coincidentes entre sí, como resultado final todas las mujeres lograron pasar de categorías de contemplación y preparación a etapas superiores de acción y mantenimiento.

El categorizar el avance de las mujeres por medio de etapas de cambio permitió orientar a la facilitadora en cómo se debía intervenir en las sesiones, donde se utilizaron técnicas de abordaje similares a las mencionadas por Bean et al (2014), Bóveda (2015) y Sabini (2014). Estos autores sugieren que en la etapa de contemplación se debe evaluar las barreras del paciente, para poder luego tratarlas de forma específica y en la etapa de preparación tener como objetivo el lograr que el paciente se proponga a realizar el cambio quien por sí mismo elabore un plan de acción que le sea útil y alcanzable. Para la etapa de acción el objetivo está en reforzar las habilidades y logros alcanzados fomentando la autoconfianza, y finalmente al llegar a la etapa de mantenimiento donde el facilitador debe de seguir fomentando la motivación, autoeficacia para que los cambios que realizaron los mantengan como un estilo de vida. Por tanto, esta categorización no solamente permite clasificar a las pacientes en una categoría, sino que brinda una orientación para adecuar de forma idónea la sesión, ya que como menciona Marshall y Biddle (2001), el no identificar la etapa correcta en la que se encuentra el o la paciente puede perjudicar su avance generando desinterés y gran posibilidad de abandono del proceso.

El no contar con mujeres que fueran obligadas o presionadas a formar parte del proceso de intervención (participación voluntaria), pudo propiciar a que no se observara la etapa de precontemplación tanto al inicio como a lo largo del proceso, lo cual hace inferencia en que ellas ya tenían la disposición por realizar cambios por cuenta propia; razón por la cual posiblemente también para todos los aspectos evaluados la mayoría inician en etapas de contemplación y/o preparación. Además, como menciona Marshall & Biddle (2001), la edad en la que se inicie el proceso de cambio para la adopción de un estilo de vida saludable va a influir en la etapa de cambio, ya que indica que la franja de edad de 40 a 54 años, los estadios más frecuentes son el de preparación y el de mantenimiento.

La evolución de las etapas de cambio de preparación hasta acción y/o mantenimiento fueron de la mano con el cambio en las medidas antropométricas de estas mujeres, se observó que el sentirse más seguras y construir su autoeficacia les permitió ir apegándose a un mejor estilo de vida, el cual a su vez contribuyó en la pérdida de medidas antropométricas. Con estos resultados, se logra observar una similitud con lo mencionado por Marshall y Biddle (2001), quienes mencionan que la autoeficacia aumenta a medida que se progresa en los estadios de cambio.

Cabe resaltar que a pesar de que varias mujeres indicaron ya estar en la etapa de mantenimiento, según la literatura esta etapa debe de haberse mantenido por un periodo mínimo de 6 meses para poder indicar que ya un hábito ha sido instaurado por completo (Lizarraga & Ayarra, 2001; Flórez, 2007; Hettema et al 2008); no obstante, a pesar de que en este grupo de mujeres en estudio se intervino por 4 meses se observó un cambio notorio con grandes posibilidades en mantenerse como un estilo de vida. El extender más el proceso de intervención puede llegar a tener un mayor impacto, ya que como menciona Bóveda et al (2012), al extenderse a más de 6 meses los resultados llegan a ser más duraderos después de un año de haber concluido la intervención; no obstante, sí se debe recalcar que no existe un mínimo o un máximo de dosis de EM (Bóveda et al, 2012).

A pesar de que con aplicación de la EM sí se logró ver aspectos positivos hacia el cambio a un estilo de vida más saludable en cuanto la alimentación de estas mujeres, el ver cambios significativos en el ejercicio no fue tan destacado, ya que la mayoría al final se mantuvo en contemplación o pasaron a preparación.

Estas mujeres presentaron una mayor resistencia hacia la práctica de ejercicio, a pesar de haber buscado solución a las barreras y/o ambivalencias, ellas mismas las convertían en otras de igual o menor intensidad, tratando de buscar una justificante del porqué no lograron implementar el ejercicio. Además de esto, cabe resaltar factores propios de la estructura de la intervención que pudieron influir en la no práctica y/o el aplazar la implementación del hábito. Estos factores pudieron ser el corto tiempo de intervención (4 meses), que no fue suficiente para abarcar todos los cambios necesarios, también el solo destinar una sesión para abordar este tema de forma específica y/o dejar el tema entre una de las últimas sesiones de la intervención.

Sin embargo, cabe destacar que este resultado de la no práctica de ejercicio aplicando la EM, coincide con lo encontrado por Estévez (2015), donde señala que en un metanálisis realizado por O'Halloran et al (2014) se afirma que la EM tiene pequeños efectos en el incremento de la actividad física en personas con condiciones crónicas de salud. Por otro lado, Bóveda et al (2012), mencionan el efecto que tiene la EM en la práctica de ejercicio, su estudio reveló que pacientes con sobrepeso lograron reducir el riesgo de DM mediante la pérdida de peso; no obstante, en cuanto a la actividad física, no hubo diferencias significativas (Bóveda et al, 2012). En otro estudio realizado por Greaves et al (2008), se concluyó que la EM puede ayudar a las personas a lograr un objetivo de pérdida de peso del 5%; sin embargo, a pesar de observar cambios favorables, los resultados en cuanto adherencia a la actividad física tampoco fueron significativos.

Para constatar la evolución entre las etapas de cambio, el contar con el punto de vista de la facilitadora permitió ver que el lenguaje corporal y verbal de las mujeres sí coincidía con lo que expresaban y con el avance que iban teniendo, observando así cambios significativos en el semblante de las mujeres en cuanto a positivismo, seguridad y autoeficacia. Estas características de observar más allá de lo expresado verbalmente son corroboradas por varios autores (Greaves, 2008; Bean, 2014; Bóveda, 2015; Sabini, 2014; Hettema, 2008; Flórez y Carranza, 2007; García y Sánchez 2013), quienes mencionan que dentro un exitoso abordaje terapéutico están las funciones que un buen facilitador debe realizar, entre ellas el saber escuchar e interpretar qué significado hay detrás de cada palabra y/o expresión del paciente.

Como se mencionó anteriormente, además de observar la relación entre mayor evolución en etapas de cambio mayor autoeficacia y resultados antropométricos, se observó una relación de evolución en etapas de cambio con el desarrollo de las sesiones y la temática de las mismas.

En las primeras sesiones las etapas de cambios de las mujeres estaban más orientadas hacia la contemplación y preparación, y a partir de la tercera sesión se observaron avances marcados hacia la acción. Este cambio tan marcado pudo estar asociado a los temas abordados en las sesiones, ya que en las primeras sesiones se orientó a las mujeres a conocer su condición y el saber qué está ocurriendo en sus cuerpos y que los cambios que están experimentando están dictados por los cambios hormonales/fisiológicos, y no por indisposición y/o falta de voluntad por no querer hacer el

cambio. Una vez que ellas logran interiorizar esto, se disminuye la tensión y ansiedad por querer comprender y responder a la pregunta *¿No sé qué me pasa...Yo no era así?* ", lo que permite en ellas concientizar sobre su accionar, en donde saber que es una etapa y que su condición también es la que contribuye a la búsqueda de este tipo de alimentos, les permitió autoanalizarse para tener un mejor control sobre este impulso.

Esto contribuyó a que se abriera el portillo para que ellas quisieran dar el paso de forma segura para seguir aprendiendo a aplicar técnicas que se adapten a su estilo de vida. Ellas, al haber adquirido esta información, pudieron comprender que no es debilidad por parte de ellas el no poder hacer el cambio, sino que también hay una parte importante de la etapa climatérica que influye, por tanto, estas mujeres al tener presente esto les motiva a querer realizar un esfuerzo hacia el cambio.

Si no se hubiese enfocado las primeras sesiones de intervención a erradicar el desconocimiento sobre los efectos del climaterio en sus cuerpos, se podría haber entorpecido el avance hacia el cambio, ya que como menciona Dueñas (2006), la desinformación sobre todos los cambios físicos y emocionales durante la etapa de climaterio, puede generar ansiedad y/o preocupación por no comprender que les está sucediendo, y por otro lado también recalca que la explicación personalizada de los acontecimientos biológicos y de los síntomas derivados van a facilitar la solución de muchos de los problemas concomitantes, especialmente a nivel físico y psicológico.

A partir de la cuarta sesión por las temáticas abordadas, las cuales fueron orientadas hacia el desarrollo de la seguridad en ellas y la búsqueda de herramientas, consejos y soluciones que se adapten a su estilo de vida, permitieron que este se asociara con la aparición y/o avance hacia la etapa de acción y mantenimiento. Con esto se observa cómo la etapa de cambio evoluciona en conjunto con el cambio hacia actitudes más positivas.

En cuanto al avance de la estructura, abordaje y temática de las sesiones, se observó que la etapa de acción se mantuvo de forma sostenida hasta finalizar el proceso de intervención. Esto pudo verse contribuido por la constante motivación, y apoyo hacia la resolución de sus BA.

Para el abordaje de las BA, primeramente, se debió tomar en cuenta que las barreras son consideradas como situaciones objetivas (pero no absolutas), que realmente están y

afectan y/o interfieren en la vida de las mujeres para realizar el cambio, mientras que las ambivalencias son consideradas como el poder y querer lidiar o no con esas barreras. Teniendo en cuenta esto, la ambivalencia se divide en el no estar seguras de la importancia y/o falta de autoeficacia de no tener seguridad de su capacidad para realizar el cambio (Romero, 2015). En estas mujeres la importancia para realizar el cambio ya era de gran relevancia para ellas, mientras que la autoeficacia fue el aspecto en el que se tuvo que enfocar más la intervención.

Estas ambivalencias hacia la autoeficacia al inicio fueron evolucionando de mayor a menor, y al relacionarlo con las etapas de cambio, conforme se iban progresando hacia etapas de preparación, acción y mantenimiento, estas ambivalencias fueron disminuyendo e inclusive desapareciendo.

Como se mencionó anteriormente, la vida de estas mujeres resulta ser demandante en cuanto aspecto laboral, social y familiar respecta. Dicha situación llega a ser frustrante para ellas, lo cual terminan canalizando por medio de estados emocionales, relacionando el consumo excesivo de alimentos y la asociación de lo dulce con el confort y satisfacción, afectando directamente la adopción de hábitos saludables.

Esta bola de nieve de factores que contribuyen a la mala adopción de hábitos, es también mencionada por Martín et al (2014), quien menciona que por las mismas alteraciones en el estado de ánimo, como la ansiedad, irritabilidad, agresividad y estrés se asocia el consumo compulsivo de alimentos. Estos mismos cambios fisiológicos al propiciar la disminución de energía y cansancio, hacen que se asocie a la falta de ánimo para realizar algún tipo de actividad física (Martín et al, 2014).

Para romper la cadena de factores que impiden la adopción de buenos hábitos, las mujeres debieron tener presente que algunos de ellos no pueden ser eliminados por completo, pero sí aprender a sobrellevarlos y adecuarlos a su rol de vida, de manera que estos en vez de ser perjudiciales para sí mismas, se conviertan en aliados para llevar una vida más saludable, que les permita disfrutar del desarrollo de esta etapa.

Estos factores que propiciaban en ellas los malos hábitos, se encontraban justificados por BA, las cuales a lo largo de la intervención fueron abordadas a través del debate, técnicas de parafraseo y cambio de rol entre las mujeres y la facilitadora, lo cual permitió observar cómo estas se fueron disipando, dejando salir a flote las verdaderas razones por

las cuales no realizaban el cambio, entre ellas la pereza y cansancio. Por tanto, el factor tiempo que al inicio llegó a ser la excusa principal, terminó siendo el disfraz del panorama que no querían enfrentar para realizar el cambio. Ellas mismas demostraron poder ajustar el tiempo para dedicar, aunque fueran unos minutos al día, al cuidado de sí mismas.

Al analizar el antes y después de la intervención en las mujeres, se logra observar que el factor tiempo, también pudo llegar a ser una excusa para justificar su ambivalencia. Esta ambivalencia al inicio surge quizás por la falta de motivación para realizar el cambio. Esto se constató, ya que al finalizar la intervención lograron realizar cambios favorables e inclusive ajustar sus tiempos para mejorar ciertos hábitos. Además, esto se corrobora con el avance de la motivación extrínseca hacia la intrínseca, la cual terminó tomando mayor fuerza e importancia en la vida de ellas.

En cuanto al no consumo de vegetales, agua, lácteos y/u omitir los tiempos de comida, conforme el avance de las sesiones y el enfrentar sus BA, estas mujeres pudieron ver que estos hábitos podían ser cambiados por ellas mismas sin tener que responsabilizar a terceros, permitiendo que los cambios se dieran. Sumado a esto, también es importante destacar que este cambio pudo deberse a que ya habían iniciado el proceso de intervención en una etapa de contemplación y preparación, lo cual contribuyó a que el cambio se diera con mayor facilidad, ya que estaban conscientes de que eran hábitos que debían de incorporar y que a esa pereza y/o falta de costumbre le debían de hacer frente en algún momento durante del proceso de intervención.

En cuanto al factor familiar y las BA se logró ver un cambio positivo, ya que al inicio el apoyo familiar había sido una limitante fuerte, esto según la perceptiva y pensar de ellas, la cual a final verdaderamente llegó a ser un apoyo y soporte para sobrellevar el proceso. Las mujeres pensaron que este era un obstáculo, pero el obstáculo verdadero fue la falta de comunicación de ellas hacia sus familias, en donde se dieran a escuchar sobre sus necesidades y lo que ellas querían y necesitaban. Este patrón fue similar en varias de ellas, ya que indicaron que nunca se habían imaginado que iban a contar con tanto apoyo de parte de sus familias y que el conversar del tema con ellos les ayudó mucho en el proceso. Este pensamiento o suposición inicial también se asoció al pensamiento ya instaurado en ellas sobre el rol de la mujer en la sociedad, la cual inconscientemente suele colocarse de segundas, guardando su sentir y deseos (Martínez et al 2016; Herrera, 2000).



El desarrollo de la comunicación en el núcleo familiar resultó ser clave para hacer frente a varias BA, y dentro de ellas también el instinto maternal, el cual también utilizando la comunicación permitió entablar una mejor relación con los alimentos, canalizándose de una forma más saludable, rompiendo el lazo de afecto/comida.

Para estas mujeres les fue más complicado sobrellevar las BA en cuanto a la alimentación en el ambiente laboral que en el familiar, ya que se observó que, a pesar de realizar todos los intentos hacia el cambio en ambos casos, obtuvieron mayor éxito en el ambiente familiar.

La relación afectuosa del núcleo familiar hacia la colaboración es distinta que el lazo afectuoso entre compañeros de trabajo, ya que en el ambiente laboral el mayor vínculo para poder compartir entre ellos es por medio de la comida. Este vínculo con la comida también tenía fuerza a nivel familiar; no obstante, estas mujeres lograron detectar y sobrellevar esta relación, al mejorar la comunicación entre sus miembros de familia y el comprar y elegir alimentos más saludables estaba bajo su control, no así en el ambiente laboral.

La relación comida/trabajo para estas mujeres fue y continuó siendo un factor difícil de adecuar, ya que indicaron que al rechazar regalías causaba enojo, rechazo y comentarios negativos por parte de sus compañeros y/o jefes, ya que esto llega a ser una muestra de afecto por parte de ellos. Esto también es constatado por un estudio realizado por Survey Sampling International (2012), el cual menciona que los profesionales que se someten a una dieta declaran que sus compañeros de trabajo les llevan a comer más, debido al ofrecimiento constante de alimentos ya sea por afecto o sabotaje; sin embargo, recalca que la actitud con que enfrenten la situación va a resultar determinante en sus probabilidades de éxito.

De igual forma, a pesar de este panorama, a las mujeres se les hizo ver que esas regalías por parte de sus compañeros no necesariamente era una muestra de cariño, sino que también puede tener un trasfondo de sabotaje, ya que si sus compañeros saben que se encuentran en un proceso de mejora deberían de respetar y evitar este tipo de regalías y comentarios que desalienten el proceso hacia el cambio. No obstante, para ellas esto

siguió siendo una tarea por pulir en cuanto autoeficacia y autocontrol para estos casos específicos.

A pesar de todas las BA, se observó cómo el sentido de responsabilidad para sí mismas se fue construyendo, logrando así visualizar que si no cuidan de su salud no van a poder realizar el resto de las tareas y responsabilidades con las que cuentan. Por tanto, con la EM se logra instar a un empoderamiento hacia el cuidado personal, dándole la importancia debida y que permitan colocarse como una prioridad (Camargo, 2013; Boveda, 2015).

Por otro lado, también resulta significativo recalcar que el cambio observado a lo largo de este proceso de intervención pudo ser enfrentado, no solamente porque ellas reconocieran las excusas, sino que aprendieron a cómo abordarlas de forma realista. Estas excusas formaron parte de la vida de estas mujeres, quizás por el poco convencimiento a querer realizar el cambio en un inicio, pero la intervención bajo la EM les ayudó a encontrar su propia motivación.

El abordar la ambivalencia en este grupo de mujeres se realizó de forma cuidadosa, ya que la esencia para tratarlo es la empatía, sin confrontación, ni juzgar, permitiendo un ambiente libre para expresarse, sentirse escuchadas, comprendidas y buscar soluciones que se adapten a sus estilos de vida. El saber abordar y resolver las ambivalencias es la esencia de la EM (Sánchez, 2009).

La empatía, como ingrediente principal del proceso de cambio, es la clave para trabajar la ambivalencia en esta población de mujeres. El recurrir a estrategias educativas que se adecuen a sus necesidades reales, creando un vínculo empático, en donde a pesar de que la facilitadora no se encontraba en dicha etapa del ciclo de vida, el investigar y relacionarse con esta población antes de dar inicio al proceso de intervención, llega a ser vital para comprender y detectar sus necesidades.

Otro aspecto enriquecedor que se observó, fue el efecto dominó de la educación sobre hábitos saludables. Al mejorar la comunicación de las mujeres con sus familias, les permitió que ellas se abrieran más y llegaran a sus hogares a comentar lo aprendido. El llegar a repetir los nuevos conocimientos adquiridos, en cierta forma también llegó a ser un reforzamiento de aprendizaje para ellas, generando más apoyo por parte de sus familiares y apego a los nuevos cambios en el estilo de vida que han venido alcanzando.

Burch (2000) menciona lo mismo y recalca que la comunicación es de vital importancia para desarrollar potencialidades, lo cual constituye un instrumento social importantísimo de cambio. Si se logra comunicar su sentir y deseos va a resultar mucho más fácil el desenvolverse en todos los órdenes de la vida y a su vez reforzar la empatía por parte de los miembros de la familia.

Todos estos aspectos mencionados anteriormente, permitieron que las mujeres fueran adoptando poco a poco los cambios, obteniendo resultados finales positivos en cuanto motivación, frecuencia de consumo de alimentos, donde el consumo de comidas altas en grasas, azúcares (comida rápida, productos de paquete, repostería, postres, helados, chocolates, dulces, gaseosas, embutidos y grasas) disminuyeran y el consumo de lácteos, vegetales y proteína animal (pescado y atún) aumentaran, y por ende se dieran cambios alentadores en medidas antropométricas.

Por otro lado, como aspectos relevantes por destacar a lo largo del proceso de intervención, fueron los métodos y materiales utilizados para facilitar el aprendizaje. El recurrir a materiales educativos que sean visuales, tangibles y creativos, les permitió a estas mujeres interactuar más y generar un mayor análisis y autorreflexión, lo cual evidencia una mayor comprensión y adherencia de la información. Esto se logró observar principalmente en la última sesión de intervención, al concluir y evaluar todos los conocimientos adquiridos, varias mencionaron específicamente materiales educativos utilizados, frases y metáforas que les permitieron comprender de forma más sencilla sobre qué está pasando en sus cuerpos y la importancia de realizar el cambio para alcanzar una buena calidad de vida.

Vega (2012) y Lizgarra (2001), recalcan que la EM resulta ser más útil en individuos que están contemplativos hacia el cambio, pero están obstaculizados por la ambivalencia. Por tanto, al igual que menciona Lizgarra (2001) y lo obtenido en este estudio se puede decir que la EM permitió trabajar de forma positiva y exitosa las ambivalencias y barreras a lo largo de todo el proceso de intervención, mejorando la auto eficacia y adquisición de habilidades por parte de las mujeres en etapa de climaterio.

## VII. Conclusiones

- Las mujeres del estudio se encontraban en un rango de edad entre los 46 y 55 años, residen en el GAM, cuentan con un nivel de escolaridad alto, la mayoría están casadas, seguidas por divorciadas y solteras. Estas mujeres presentan enfermedades como HTA, DL, problemas a nivel gastrointestinal y osteomuscular, la mayoría de estas problemáticas son manejadas bajo tratamiento farmacológico.
- Al finalizar las sesiones, se observó una pérdida de peso promedio entre todas las participantes de 4,1kg, una disminución promedio de la circunferencia abdominal de 4,4 cm y una disminución del IMC, lo cual en algunos casos implicó una migración de la participante a una categoría inferior de IMC.
- A inicios de la intervención ellas reconocieron la importancia de realizar el cambio; sin embargo, existía una ambivalencia hacia la autoeficacia para realizarlo. Conforme se avanzó en las sesiones reconocieron que estas barreras pueden ser modificadas y/o establecer estrategias adaptadas a su estilo de vida y necesidades para enfrentarlas.
- La EM permitió trabajar de forma positiva y efectiva las BA, el desarrollo de la autoeficacia les ayudó a encontrar respuestas y soluciones que realmente se ajustaran a su estilo de vida, al igual que el desarrollo de iniciativa, curiosidad y seguridad.
- La aplicación de la EM para efectos en la práctica del ejercicio en este grupo de mujeres no tuvo cambios significativos; no obstante, sí recalcaron estar conscientes de la situación y de la importancia que este factor representa a beneficio de su salud.
- Al finalizar el proceso, se identificó que las mujeres pasaron de las etapas contemplación y preparación a acción y mantenimiento, probablemente por el empleo de la EM como herramienta que facilitó el proceso de cambio.
- Según lo expresado por las mujeres y lo reflejado en las etapas de cambio sobre el consumo de ciertos alimentos, se observó un cambio positivo en cuanto al consumo

diario de lácteos, frutas, vegetales y agua, así como una disminución en el consumo semanal de alimentos altos en grasas y azúcares.

- El uso de la EM permitió desarrollar y fortalecer la motivación en estas mujeres, contribuyendo a un cambio escalonado y sostenido a lo largo del proceso de intervención, ya que conforme fue aumentando la motivación se dio un mayor desarrollo de seguridad y autoeficacia, disminuyendo así las BA.
- Con este estudio se concluye que la aplicación de la EM es efectiva y trae consigo múltiples beneficios orientados hacia el cambio positivo y sostenido en hábitos saludables en las mujeres en etapa de climaterio, ya que al orientar las sesiones educativas de forma no directiva, generando empatía y escucha reflexiva se logra disminuir las BA, para así ir adoptando un estilo de vida más saludable mejorando su condición de salud actual y de años venideros.

## VIII. Recomendaciones

### Para profesionales en salud

- Si se trabaja con una población cuyo nivel académico es alto, el material debe ajustarse al nivel educativo de la persona.
- Siempre al finalizar cada sesión de intervención, se recomienda dejar tareas que refuercen y pongan en práctica los conocimientos adquiridos de cada sesión.
- Contar con la programación didáctica de cada sesión a mano y tratar de apegarse a él; no obstante, siempre velar por que la sesión no pierda fluidez y aprovechar momentos para debatir y parafrasear ideas.
- Dejar un espacio de al menos una hora entre cada sesión de paciente atendido, ya que esto permite analizar la información valiosa a rescatar en el momento, como comentarios claves, gestos, reacción al material educativo y lenguaje corporal.

### Para futuras investigaciones

- Realizar futuros estudios aplicando la EM con un mayor tamaño de muestra poblacional y prolongar el tiempo de intervención a un periodo mayor de 6 meses y/o dar seguimiento un año después de la intervención para medir adherencia.
- Debido al riesgo cardiovascular y alteraciones lipídicas características en la etapa de climaterio, se recomienda el incluir análisis de exámenes bioquímicos, principalmente de perfil lipídico, tanto al inicio como al final de la intervención.
- Realizar investigaciones similares en donde se tomen en cuenta patologías anexas a la etapa del climaterio como dislipidemia, prediabetes, diabetes y/o hipertensión.
- En la última sesión, aplicar una encuesta para conocer la opinión de los pacientes en cuanto al método de intervención y así enriquecer desde el punto de vista del paciente los beneficios de esta técnica (EM).
- Para realizar investigaciones similares a esta se recomienda recurrir al apoyo profesional de psicología y educadores físicos, a los cuales se les pueda referir casos que ameriten atención especializada tanto durante la intervención como en etapas de mantenimiento.

### Para el Instituto Nacional de Aprendizaje

- Al ser el INA al ser una institución pública, los puestos de trabajo presentan una mayor estabilidad, por lo que la rotación y contratación de personal más joven es poco constante. Esto se traduce en que la institución cuenta con un porcentaje alto de personas entradas en edad que superan los 30 y/o 40 años, por lo que se le recomienda al sindicato de la institución (SITRAINA) promover proyectos de salud que velen por adopción de hábitos saludables y que se ajusten a las necesidades fisiológicas y psicológicas de su población.

## IX. Bibliografía

- Alarcón, L. y Carranza, W. (2007). La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. *Avances en Psicología Latinoamericana*, vol. 25, núm. 2, pp. 63-82 Universidad del Rosario Bogotá, Colombia.
- Al-Safi, Z. y Polotsky, A. (2015). Obesity and Menopause. ELSEVIER University of Colorado, Division of Reproductive Endocrinology and Infertility, CO 80045, USA. Pp 548 a 553. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.12.002>.
- Alvarado, N.; De Beausset, I.; Dengo, A. y Ulate, E. (2014). Modelo de Atención Primaria a la Salud para disminuir el Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Individuos con Diabetes Mellitus tipo 2 y/o Hipertensión Arterial en zonas urbanas de San José, Costa Rica. Escuela de Nutricion, Universidad de Costa Rica.
- Amore, M., Di Donato, P., Papalini, A., Berti, A., Palareti, A., Ferrari, G., Chirico, C., De Moe, KE. (2004). Hot flashes and sleep in women. *Sleep Med Rev*, 8:487-497.
- Aráuz, A.; Guzmán, S.; Roselló, M. (2013). La circunferencia abdominal como indicador de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Acta Médica Costarricense. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica*. ISSN 0001- 6012/20 13/55/3/ 122-127.
- Armstrong, M.; Mottershead, T.; Ronksley, P.; Sigal, R.; Campbell, T. y Hemmelgar, B. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Management*. 12, 709–723. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2011.00892.x.
- Asociación Americana del Corazón (AHA) (2015). The American Heart Association's Diet and Lifestyle Recommendations.
- Backhaus, J.; Junghanns, K.; Born, J.; Hohaus, K.; Faasch, F.; Hohagen, F. (2006). Impaired declarative memory consolidation Turing sleep in patients with primary insomnia: influence of sleep architecture and nocturnal cortisol release. *Biol Psychiatry*; 60:1324-1330.
- Bean, M.; Jeffers, A.; Tully, C.; Thornton, L. & Mazzeo, S. (2014). Motivational interviewing

- with parents of overweight children: Study design and methods for the NOURISH MI study. *Contemporary Clinical Trials* 37, 312–321. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2014.02.001>.
- Bhatia, SC., Bhatia, SK. (1999). Depression in women: diagnostic and treatment considerations. *Am Fam Physician*; 60:225-40.
- Bóveda, J.; Pérula de Torres, L.; Campiñez, M.; Bosch, J.; Barragán, N.; & Prados, J. (2012). Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. Grupo Colaborativo Estudio Dislip-EM. Elsevier España. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.01.014>.
- Bóveda, J. (2015). Eficacia de la Entrevista Motivacional en pacientes con dislipemia atendidos en consultas de atención primaria de salud. Programa de Doutoramento Investigación Clínica en Medicina, Universidad de Santiago de Compostela.
- Brenes, C (2016). Práctica dirigida en el programa de educación y atención nutricional universitario (PREANU) con énfasis en personas adultas con enfermedades crónicas no transmisibles. Escuela de nutrición, Universidad de Costa Rica.
- Bromberger, J.; Harlow, S.; Avis, N.; Kravitz, HM. (2004). Racial/ethnic differences in the prevalence of depressive symptoms among middle-aged women: the Study of Women's Health Across The Nation (SWAN). *Am J Public Health*, 94:1378-85.
- Brown, K. (2016). Diagnóstico para caracterizar a la población femenina menopaúsica, con exceso de peso, que laboran en el Instituto Nacional de Aprendizaje. Maestría de ECNT. Curso PF-6231 Proyecto de Graduación I. Universidad de Costa Rica.
- Brug, J.; Spikmans, F.; Aartsen, C.; Breedveld, B.; Bes, R. y Fereira, I. (2007). Training Dietitians in Basic Motivational Interviewing Skills Results in Changes in Their Counseling Style and in Lower Saturated Fat Intakes in Their Patients. *Journal of Nutritional Education Behavior*. 39:8-12 . doi: 10.1016/j.jneb.2006.08.010.
- Camargo, C.; Córdoba, D. y Guio, A. (2013). La entrevista motivacional como intervención de enfermería para promover el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca en una institución de cuarto nivel en Bogotá, Colombia. *Investigación en Enfermería. Imagen Desarrollo*. ISSN 0124-2059 15 (1): 31-49.



- Camuñas, N.; Ojeda, J.; Prieto, L.; Cano, A.; Iruarrizaga, I. y Tobal, J. (2009). Intervención psicológica en mujeres de un programa: Implementación de un programa para la reducción de la ansiedad y depresión. *Revista Lusófona de ciencias da mente e do comportamento*. Pp 240 –250.
- Capote, M.; Segredo, A. y Gómez, O. (2011). Climaterio y menopausia. Revisión bibliográfica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. *Rev Cubana Med Gen Integr* vol.27 no.4. ISSN 0864-2125.
- Castillo, D. (2013). La actualización del material didáctico y su incidencia en el desarrollo de destrezas con criterio de desempeño, en los estudiantes del tercer año de educación básica de la escuela vespertina “Teniente Hugo Ortiz”, del cantón y provincia de Loja periodo lectivo 2012- 2013. Ecuador. Tesis previa a la obtención de Grado de Licenciada en Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de Loja área de la educación, el arte y la comunicación carrera de educación básica.
- Chávez, R.; Andrade, P. y Rivera, L. (2002). Validación de un cuestionario para la medición de las creencias sobre el climaterio. *Salud Pública de México* / vol.44, no.5 pp 385 a 391.
- Davis, C. Castelo-Branco, P. Chedraui, M. A. Lumsden, R. E. Nappi, D. Shah, P. Villaseca & as the Writing Group of the International Menopause Society for World Menopause Day (2012). Understanding weight gain at menopause, *Climacteric*, 15:5, 419-429, DOI: 10.3109/13697137.2012.707385.
- DiMarco, I., Klein, D., et al. (2009). The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment. *Eating Behaviors*;10:134– 136. .
- Dobrow, I.; Klein, D.; Clark, V. y Wilson, T. (2009). The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment. The State University of New Jersey, Department of Psychology, Psychology Building, Busch Campus, 152 Frelinghuysen Road, Piscataway, NJ 08854-8020, United States *Eating Behaviors* 10: 134–136. Elsevier Ltd.
- Encuesta de Nacional de Nutrición de Costa Rica (2008). Ministerio de Salud.

- Fernández, M.; Rodríguez, A.; Duran, P.; Álvarez, S. (2010). Hábitos alimentarios de las mujeres en relación con el nivel de conocimientos sobre el climaterio. *Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería*. No 20.
- Flórez, I. y Carranza, W. (2007). La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá. Universidad Nacional de Colombia*. Vol. 25(2)/pp. 63-82/2007/ISSN1794-4724.
- Freedman, R. y Roehrs, T. (2006). Effects of REM sleep and ambient temperature on hot flash- induced sleep disturbance. *Menopause* 2006;13:576-583.
- Freeman, E.; Sammel, M.; Lin, H y Gracia, C. (2010). Obesity and Reproductive Hormone Levels in the Transition to Menopause. *National Institutes Of Health* pp: 718–726. Doi:10.1097/gme.0b013e3181cec85d.
- García, I. y Morales, B. (2015). Eficacia de la entrevista motivacional para promover la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Universitas Psychologica*, 14(2), 511-522. <http://dx.doi.org.10.11144/Javeriana.upsy14-2.eemp>.
- García, I. y Navarro, D. (2011). Influencia del entorno familiar en la mujer en etapa climatérica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(2), 143-154. Recuperado en 17 de septiembre de 2018, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000200002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000200002&lng=es&tlng=es).
- García, R. y Sánchez, J. (2013). Efectos de la Entrevista Motivacional en el Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2.. *Psicología y Salud*, Vol. 23, Núm. 2: 183-193.
- Goikoetxea, E.; Vega, F. (2014). La entrevista motivacional como estrategia para el cambio de conducta en el tratamiento de la obesidad. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud* Vol. 9. Universidad Alfonso X el Sabio. Facultad de Ciencias de la Salud Villanueva de la Cañada (Madrid). ISSN: 1696-8077 .
- González, C. (2014). Mujer en período de climaterio: estrategias para la prevención de

obesidad. Universidad iberoamericana México, D.F.

Gravena, A.; Brischiliari S.; Lopes, T.; Agnolo, C.; Carvalho, M. & Pelloso, S. (2013). Excess weight and abdominal obesity in postmenopausal Brazilian women: a population-based study. *BMC Women's Health*, pp 13:46. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/13/46>.

Greaves, C.; Middlebrooke, A.; O'Loughlin, L.; Holland, S.; Piper, J.; Steele, A.; Gale, T. y Hammerton, F. (2008). Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial Daly. *British Journal of General Practice*. DOI: 10.3399/bjgp08X319648.

Hardcastle, S.; Taylor, A.; Bailey, M.; Harley, R. y Hagger, S. (2013). Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 10:40 <http://www.ijbnpa.org/content/10/1/40>.

Hettema, J.; Steele, J.; Miller, W. (2008). Entrevista motivacional. Departamento de Psicología, Universidad de Nuevo México, Albuquerque, Nuevo México. *Revista de Toxicomanías*. No. 52.

Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) (2016). Información recopilada de la página web: <http://www.ina.ac.cr>.

Karlsen, K.; Humaidan, P; Sorensen, L; Alsbjerg, B y Ravn, P (2013). Motivational interviewing: a part of the weight loss program for overweight and obese women prior to fertility treatment. *Gynecological Endocrinology*, 29:9, 839-842, DOI: 10.3109/09513590.2013.808326.

Kroenke, K., Spitzer, RL., Williams, JB., et al (1994). Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med*; 3:774-97.

Kumate, J; Tapia, R; Moreno, K; Fernández C; Prado, JA y Villasuso, A (2013). LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL. Elementos para su aplicación. Dirección de Tratamiento y Rehabilitación Subdirección de Consulta Externa Departamento de Centros de Día.

- Lakerveld, J.; Bot, S.; Chinapaw, M.; Tulder, M.; Kostense, P.; Dekker, J. y Nijpels, G. (2003). Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 10:47. DOI: 10.1186/1479-5868-10-47.
- Leventhal, J. (2007). Quest for Timely Detection and treatment of Women with Depression. *J. Manag Care Pahm*; 13(9) suppl S-a); S3-S11.
- Lewis, D. (2003). Climaterio y menopausia, una mirada de género. *Revista de Ciencias Sociales*. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica pp. 107-112. ISSN 0482-5276.
- Lizarraga, S. y Ayarra, M. (2001). La entrevista motivacional. *ANALES Sis San Navarra*; volumen 24 Supl. 2: 43-53. .
- Lizcano, F. y Guzmán, G. (2003). Estrogen Deficiency and the Origin of Obesity during Menopause. Review Article. Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International Volume 2014, Article ID 757461. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/757461>.
- Lugones, B. Y Ramírez. (2008). Lo social y lo cultural. Su importancia en la mujer de edad mediana. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología*. V.34 N.1 Ciudad de la Habana. ISSN 1561-3062.
- Lundahl, B. y Burke, BL. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 65(11). DOI: 10.1002/jclp.20638.
- Martínez, R. (2010). Guía de Manejo Menopausia Primera Edición 2010. THOMSON PLM, S. A. Bogota, Colombia.
- Maure, J. (2011). Síntomas vasomotores en la mujer climatérica. *Policlínico Universitario Plaza de la Revolución*. La Habana, Cuba. vol.37 no.4.

- Monedero, J. (2007). El diseño de los materiales educativos ante un nuevo reto en la enseñanza universitaria el Espacio Europeo de Educación Superior. Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. ISSN 0213-8464.
- Morales, G. (2013). Obesidad y Malnutrición en Costa Rica. Ensayo. Recopilado de: <http://www.vidaoptima.com/uploads/biblioteca/1.%20Sobrepeso%20y%20obesidad/ENSAYO%20OBESIDAD%20Y%20MALNUTRICION%20EN%20COSTA%20RICA%20DR%20GREIVIN%20MORALES%20PALMA.pdf>.
- Navarro, M.; Saavedra, P.; De Pablos, P.; Sablón, N.; De Miguel, E.; Castro, R. y Sosa, M. (2009). Estilo de vida, nivel socioeconómico y morbilidad en mujeres posmenopáusicas con obesidad de grados II y III. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Facultad de Ciencias de la Salud. Revista de Endocrinología de Nutrición ;56(5):227-32.
- Oliveira, J. T., Gonçalves, M. M., Braga, C. y Ribeiro A. P. (2016). Cómo Lidar con la Ambivalencia en Psicoterapia: Un Modelo Conceptual para la Formulación de Caso. Revista de Psicoterapia, 27(104), 83-100.
- Ortega C.; Aguilera J.; Arce, L. y Barquera, S. (2015). Consenso de diagnóstico y tratamiento de la obesidad en la mujer en edad reproductiva y en el climaterio. Ginecol Obstet Mex; 83:363-391.
- Pavón de Paz, C.; Hernando, A. y Olivar, J. (2006). Obesidad y menopausia. Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España. Nutrición Hospitalaria. 21:633-637. ISSN 0212-1611.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. Progress in behavior modification.pp 184-214. .
- Rocabado, E.; Rocha, M.; Rivera, C. y Morales, M. (2005). Síndrome metabólico en la menopausia. Reactualización. Revista Médica.
- Rodríguez, G.; Sánchez, A.; López, B.; Pérez, A.; Manzano, B. y Planells del Pozo, E. (2012). Estudio comparativo del estatus clínico-nutricional en mujeres obesas posmenopáusicas incluidas en un programa de pérdida de peso basado en platos

- preparados. Universidad de Granada. Granada. España. Revista Nutrición Hospitalaria; 27:606-611. DOI:10.3305/nh.2012.27.2.5650.
- Romero, I.; Monterrosa, A. y Paternina, A. (2014). El sobrepeso y la obesidad se asocian a mayor prevalencia de síntomas menopáusicos y deterioro severo de la calidad de vida. Salud Uninorte. Barranquilla Colombia. Vol. 30, N° 2, pp180-191. ISSN 0120-5552 <http://dx.doi.org/10.14482/>.
- Romero, J. (2015). Una aproximación teórica a la ambivalencia humana y sus implicaciones para la sociología. Universidad Complutense. Revista de Metodología de Ciencias Sociales. N.o 33, enero-abril, 2016, pp. 37-64. ISSN: 1139-5737.
- Sabini, G. (2014). Curso “Bases Teórico-Prácticas para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Tabaquismo” Coordinación Psicológica.Soc. A. Sica. Área de Capacitación Técnico-Profesional Coord. Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer.
- Schmidta, P.; Rubinowb, D. (2009). Sex Hormones and Mood in the Perimenopause. Ann N Y Acad Sci. 1179:70-85.
- Sharma, S.; Bakshi, R.; Tandon, V.; Mahajan, A. (2008). Postmenopausal Obesity. JK Science Journal. Vol. 10 No. 3, pp 104 to 105.
- Shepherd, JE. (2001). Effects of estrógeno on cognition mood, and degenerative brain diseases. J Am Pharm Assoc (Wash), 41:221-228.
- Silvestri, E. & Stavile, A. (2005). Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. Aspectos psicológicos de la obesidad. Posgrado en Obesidad a Distancia. Universidad Favaloro.
- Simon, G.; Vonkorff, M.; Piccinelli, M.; Fullerton, C.; Ormel J. (1999). An International study of the relation between somatic symptoms and depresión. N engl J Med; 341:1329-35. DOI: 10.1056/NEJM199910283411801.
- Sindicato de Trabajadores del Instituto Nacional de Aprendizaje (SITRAINA) (2016). Recopilado de la pagina web: [http://sitrainacr.org/index/acerca\\_de\\_sitraina/0-2](http://sitrainacr.org/index/acerca_de_sitraina/0-2).

- Smith, D.; Heckemeyer, C.; Kratt, P.; Mason, D. (1997). Motivational Interviewing to Improve Adherence to a BehaviorafWeight-Control Program for Older Obese Women With NIDDM. Department of Medicine, the University of Alabama at Birmingham School of Medicine, Birming- ham, Alabama. Diabetes care, volume 20, number 1.
- Spritzer, P. & Oppermann, K. (2013). Weight gain and abdominal obesity at menopause, Climacteric, 16:2, 292-292, DOI: 10.3109/13697137.2012.753874.
- Stevens, G.; Singh, G.; Lu, Y.; Danaei, G.; Lin, J.; Finucane, M.; Bahalim, A.; McIntire, R.; Gutierrez, H.; Cowan, M.; Paciorek, C.; Farzadfar, F.; Riley, L. & Ezzati, M. (2012). National, regional, and global trends in adult overweight and obesity prevalences. Population Health Metrics. Biomed Central.
- Tárraga, L.; Rosich, N.; Panisello, J.; Gálvez, A.; Serrano, J.; Rodríguez, J. y Tárraga, P. (2014). Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad. Nutrición Hospitalaria. 30:741-748 DOI:10.3305/nh.2014.30.4.7704.
- Uthian. (2005). Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms inmenopause: A comprehensive review. Health and Quality of Life Outcomes. 3:47-57.
- Varela, G. (2008). Guía de alimentación y menopausia. Grupo Italfarmaco. San Rafael, 3. Pol. Industrial. Madrid.
- Wong, E. & Cheng, M. (2012). Effects of motivational interviewing to promote weight loss in obese children. Journal of Clinical Nursing, 22, 2519–2530, DOI: 10.1111/jocn.12098.
- Zúñiga, G. (2014). "Experiencia en la aplicación de la consulta nutricional grupal en funcionarios son síndrome metabólico del Area de Salud Goicoechea 2 durante el año 2014". Trabajo Final de Investigación Aplicada de la Maestría en Nutrición Clínica. Universidad de Costa Rica.

## 2. ANEXOS



# Anexo 1.

Aprobación por parte del SITRAINA para realizar intervención en la población.



**SINDICATO TRABAJADORES DEL INA**  
**-SITRAINA-**

San José-Costa Rica    Tele 2210-6200    Fax 2220-2480  
SITRAINA@ina.ac.cr

La Uruca, 11 de Julio del 2017  
**SITRAINA 102-2017**

Señores (as)

Universidad de Costa Rica

Escuela de Nutrición

Estimados (as) señores (as):

Por este medio, el Sindicato de Trabajadores del Instituto Nacional de Aprendizaje (SITRAINA), aprueba a la Dra. Karina Brown Jenkins, cedula 402060985, carné estudiantil B49477, en realizar una intervención nutricional para su Trabajo de Investigación Final (TIFIA), el cual es requisito para optar por el título de la Maestría de Nutrición Clínica en Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

La intervención tendrá una duración entre 4 meses, cuya temática es la siguiente:

"Implementación de la Entrevista Motivacional en la consulta nutricional individual de mujeres con exceso de peso en la etapa de climaterio que laboran en el Instituto Nacional de Aprendizaje".

Dicha intervención se hará de forma gratuita, en una población de aproximadamente 15 mujeres que se encuentran en la etapa de climaterio con obesidad, entre las edades de 45 y 55 años. Las pacientes serán atendidas en el consultorio nutricional que se encuentra en las instalaciones del sindicato (SITRAINA), lugar donde la Dra. Brown ha prestado sus servicios nutricionales desde hace cuatro años hasta la fecha.

Cabe resaltar que la doctora para esta intervención se compromete en guardar plena confidencialidad de toda información obtenida, apegándose al marco de la ley costarricense, cumpliendo así con los reglamentos correspondientes de las Buenas Prácticas Clínicas (BPC).

Atentamente

Ricardo Jara Nohéz

Secretario General de SITRAINA



SITAINA@ina.ac.cr

SITRAINA79@yahoo.com

Teléfono 2220-2480

SITAINA@ina.ac.cr

SITRAINA79@yahoo.com

Teléfono 2220-2480

## Anexo 2.

Consentimiento Informado para las pacientes en etapa de climaterio de climaterio con exceso de peso, entre las edades de 45 a 55 años del consultorio Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA 2017.



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO  
Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Escuela de Nutrición

IMPLEMENTACIÓN DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN LA CONSULTA NUTRICIONAL INDIVIDUAL DE MUJERES CON EXCESO DE PESO EN LA ETAPA DE CLIMATERIO QUE LABORAN EN EL INSTITUTO NACIONAL DE APRENDIZAJE".

Código (o número) de proyecto: \_\_\_\_\_

Nombre de el/la investigador/a principal: Karina Brown Jenkins

Nombre del/la participante: \_\_\_\_\_

### A. PROPÓSITO DEL PROYECTO

El estudio es realizado por la Dra. Karina Brown Jenkins, nutricionista CPN 1319-13, cedula 4 0206 0985, costarricense, quien como requisito de graduación de la Maestría Clínica de Enfermedades Crónicas, se encuentra realizando el Trabajo Final de Investigación en la Universidad de Costa Rica.

Con esta investigación no existe ninguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo y/u otra relación con un tercero.

Conforme vaya leyendo el documento, puede que haya algunas palabras que no comprenda o que le surjan dudas al respecto, por lo que se le solicita por favor preguntar para dar una explicación más clara.

El objetivo de este estudio es el realizar una intervención nutricional que pueda contribuir en la salud y adopción de hábitos saludables en las mujeres en etapa de climaterio con exceso de peso, utilizando la técnica de entrevista motivacional como herramienta para lograr una mayor adherencia.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado anteriormente.

## **B. ¿QUÉ SE HARÁ?**

Esta investigación consiste brindar consultas nutricionales gratuitas distribuidas cada 15 días durante 4 meses. Además de esto, se le realizará mediciones antropométricas, sin ninguna aplicación de otro método invasivo hacia su persona.

En dichas sesiones se realizarán conversaciones de manera fluidas, donde usted pueda expresarse libremente, en cuanto sus avances, motivaciones o dificultades que vaya presentando en el proceso.

Por lo tanto, al ser una conversación fluida y el tener que recopilar la información para su respectivo análisis, se le solicita la posibilidad de realizar grabaciones de audio de cada una de las sesiones.

En cuanto a la descripción del proceso, serán en total 8 sesiones distribuidas en 4 meses (cada 15 días), donde se destaca lo siguiente:

- 1) En la primera sesión se llenaran formularios correspondientes a aspectos dietéticos, antropométricos (peso, talla, circunferencia abdominal, circunferencia de la muñeca, porcentaje de grasa, porcentaje de músculo, porcentaje de agua) y clínicos. También formularios en donde se logre identificar aspectos relacionados a su condición actual, motivación y barreras hacia el cambio.
- 2) En la primera sesión se pasará un pre test (formulario) para evaluar la condición con la que inicia el proceso de intervención.
- 3) Durante el resto de las sesiones se mantendrán conversaciones según el objetivo que se quiera alcanzar, utilizando distintas herramientas de la entrevista motivacional
- 4) Se le dejaran tareas para poner en practica después cada sesión.
- 5) En todas las sesiones se le hará un seguimiento antropométrico y cambios en plan de alimentación según sea necesario.
- 6) Para la última sesión se pasará un post test para evaluar la condición con que finaliza la intervención.

## **C. RIESGOS**

Dicha investigación no cuenta con ningún efecto secundario ya que no se esta realizando ninguna practica o tratamiento invasivo hacia su persona.

## **D. BENEFICIOS**

Si usted participa en esta investigación, podría obtener el beneficio de mejorar su calidad de vida, con la adopción de estilos de vida saludables. Por otra parte, puede contribuir a que esta investigación sea de gran utilidad para próximas generaciones.

No se le dará ningún otro dinero o regalos por tomar parte en esta investigación. Sin embargo, las 8 sesiones de intervención serán gratuitas.

## **E. VOLUNTARIEDAD**

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado anteriormente, sin perder los beneficios a los cuales tiene derecho. No será castigada de ninguna forma por su retiro o falta de participación.

## **F. CONFIDENCIALIDAD**

La información que se obtenga en este proyecto de investigación será totalmente confidencial. La información será puesta fuera de alcance de las personas, donde solamente la investigadora tendrá acceso. Cualquier información acerca de su persona se identificará bajo un código (número), en vez de su nombre, por lo que si se quisieran revisar resultados esta información no estaría detallada. Toda esta información confidencial estaría guardada bajo llave, la cual estaría en manos de la investigadora Karina Brown Jenkins y nadie más tendría acceso a ella.

El conocimiento que se obtenga al realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público.

Los resultados se presentarán ante la Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica, quienes publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de la investigación.

## **G. MUESTRAS BIOLÓGICAS**

Para el desarrollo de este proyecto no se necesitará ningún tipo de muestra biológica.

## **H. INFORMACIÓN**

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas, puede contactar a la Dra. Karina Brown Jenkins al teléfono 8815-6547; 2250-6048 o al correo electrónico [karinabj\\_16@hotmail.com](mailto:karinabj_16@hotmail.com), o a [nutribienestar.kbj@gmail.com](mailto:nutribienestar.kbj@gmail.com).

Además, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfonos 2257-7821 extensión 119, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

También puede comunicarse con los profesores que dirigen este proyecto, quien como tutora se encuentra MSc. Raquel Arriola Aguirre al teléfono 88975790 y lectora Mag. Ivannia Ureña Retana al teléfono 8811-2824.

- I. Se le recuerda que al firmar este documento NO perderá en ningún momento sus derechos y recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

### **CONSENTIMIENTO**

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

---

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre, firma y cédula del padre/madre/representante legal (menores de edad)

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre, firma y cédula de el/la investigador(a) que solicita el consentimiento

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre, firma y cédula del/la testigo que solicita el consentimiento

---

Lugar, fecha y hora

# Anexo 3.

“Formulario para recopilar características sociodemográficas de mujeres en etapa de climaterio con exceso de peso que asisten a la consulta nutricional Nutribienestar, del Instituto Nacional de Aprendizaje, durante el I semestre del 2017, que fueron seleccionados para el TFIA”



Fecha \_\_/\_\_/ \_\_/\_\_/ \_\_/\_\_/

# de expediente: \_\_\_\_\_

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

I. Sección: Información Personal	
1. Edad (en años cumplidos)	__/__/
2. Fecha de nacimiento	__/__/ __/__/ __/__/
3. Residencia	1. Provincia: _____
4. Estado civil	1. <input type="checkbox"/> Soltera 2. <input type="checkbox"/> Casada 3. <input type="checkbox"/> Viuda 4. <input type="checkbox"/> Divorciada 5. <input type="checkbox"/> Unión libre 6. <input type="checkbox"/> Separada
5. Escolaridad	1. <input type="checkbox"/> Primaria incompleta 2. <input type="checkbox"/> Primaria completa 3. <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta 4. <input type="checkbox"/> Secundaria completa 5. <input type="checkbox"/> Técnico 6. <input type="checkbox"/> Universitario incompleto 7. <input type="checkbox"/> Universitario completo
6. Puesto de trabajo	1. <input type="checkbox"/> Área administrativa 2. <input type="checkbox"/> Área de docencia
7. Horas de trabajo diario	1. <input type="checkbox"/> Menos de 4 horas 2. <input type="checkbox"/> Entre 4 y 7 horas 3. <input type="checkbox"/> Entre 8 y 12 horas 4. <input type="checkbox"/> Más de 12 horas
8. Tiene hijos	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No (TERMINE LA ENTREVISTA)
9. Número de hijos?	__/__/

# Anexo 4.

*"Formulario de Anamnesis para pacientes en etapa de climaterio entre las edades de 45 a 55 años que asisten al consultorio Nutribienestar, del Instituto Nacional de Aprendizaje"*



Nº  
EXPEDIENTE\_\_\_\_\_

Fecha de consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Anamnesis, Valoración Nutricional

Nombre del paciente:\_\_\_\_\_

Edad:\_\_\_\_\_

### Antecedentes familiares (tíos, padres, abuelos, hermanos)

1. /\_\_ / DLP
2. /\_\_ / HTA
3. /\_\_ / OB
4. /\_\_ / DM
5. /\_\_ / Tiroidopatías
6. /\_\_ / Hepatopatías
7. /\_\_ / otros (especificar) \_\_\_\_\_

### Antecedentes personales

1. /\_\_ / DLP
2. /\_\_ / HTA
3. /\_\_ / OB
4. /\_\_ / Problemas intestinales (gastritis, colitis, reflujo, estreñimiento, diarrea)
5. /\_\_ / Anemia
6. /\_\_ / otros (especificar, Cx) \_\_\_\_\_

## Hábitos alimentarios

### 1. Frecuencia de consumo de alimentos

Grupo de alimentos	Veces al día	Veces al Semana	Veces al Mensual	Tipo/marca	No lo consume
1. Leche					
2. Yogurt					
3. Quesos					
4. Vegetales crudos o ensaladas no harinosas					
5. Frutas frescas					
6. Cereales (arroz, frijoles, pan, papa, yuca)					
7. Leguminosas (frijoles, lentejas, garbanzos)					
8. Embutidos					
9. Pescado					
10. Pollo					
11. Carne roja					
12. Cerdo					
Grupo de alimentos	Veces al día	Veces al Semana	Veces al Mensual	Tipo/marca	No lo consume
13. Gaseosas					
14. Postres, helados, chocolates, dulces					
15. Repostería					
16. Productos empacados (papas tostadas, yuquitas, papitas, platanitos)					
17. Comida rápida					
18. Grasas (natilla, margarina, manteca)					

### 2. ¿Cuáles tiempos de comida realiza usted al día?

1. ☐ Desayuno
2. ☐ Merienda matutina
3. ☐ Almuerzo
4. ☐ Merienda vespertina
5. ☐ Cena
6. ☐ Merienda nocturna
7. ☐ otros \_\_\_\_\_



3. ¿Quién prepara los alimentos (la mayoría del tiempo)?
1. ☐ Usted
  2. ☐ Familiar (pase a la pregunta 5)
  3. ☐ Compra ya preparados (pase a la pregunta 5)
  4. ☐ otro, especifique\_\_\_\_\_

4. Tiempo que dura para preparación de alimentos
1. ☐ menos de 10 minutos
  2. ☐ entre 11 y 20 minutos
  3. ☐ entre 21 y 30 minutos
  4. ☐ 45 minutos y 1 hora
  5. ☐ más de una hora

5. La mayoría de los alimentos que consume son preparados de la siguiente forma:
1. ☐ Frita
  2. ☐ Sofrita
  3. ☐ A la plancha
  4. ☐ Hervida (sancochado)
  5. ☐ Al Horno
  6. ☐ Al vapor
  7. ☐ Al Microondas

6. Tiende a picar entre comidas (picoteo):
1. ☐ Sí
  2. ☐ No (pase a la pregunta 8)

7. ¿De preferencia, que alimentos suele picar?

---



---



---

8. ¿Cuánto tiempo dispone para realizar los principales tiempos de comida?

	Desayuno	Almuerzo	Cena
Menos de 10 min			
Entre 10 min a 15 min			
Entre 16 min a 20 min			
Entre 21 a 30 min			
Entre 31 min a 45 min			
Más de 45 min			

9. Recordatorio de 24 horas:

	Hora	Cantidad o medida	Alimento
Desayuno			
Merienda			
Almuerzo			
Merienda			
Cena			
Otros			

Notas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Conducta**

1) Consumo de agua:

1. /\_\_\_/ SI Frecuencia\_\_\_\_\_ Cantidad\_\_\_\_\_
2. /\_\_\_/ NO ¿Por qué? \_\_\_\_\_

2) ¿Realiza alguna actividad física?

1. /\_\_\_/ NO
2. /\_\_\_/ SI Tipo\_\_\_\_\_ Frecuencia\_\_\_\_\_ Duración\_\_\_\_\_

3) Fuma:

1. /\_\_\_/ SI Frecuencia\_\_\_\_\_ Cantidad\_\_\_\_\_
2. /\_\_\_/ NO

4) ¿Consumo de bebidas alcohólicas?

1. ☐/ NO

2. ☐/ SI Frecuencia\_\_\_\_\_ Cantidad\_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

5) Su calidad de sueño se puede considerar:

1. ☐/ Muy buena

2. ☐/ Buena

3. ☐/ Regular

4. ☐/ Mala

5. ☐/ Pésima

### DIAGNOSTICO NUTRICIONAL

---

---

---

# Anexo 5.

“Formulario de identificación de barreras y ambivalencias que presenta la paciente en etapa de climaterio con exceso de peso, entre las edades de 45 y 55 años, para realizar el cambio durante el periodo de intervención del proyecto del TFIA, 2017”.



Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ # Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha y # de sesión	Problema expresado por la paciente	Barreras/ambivalencias que se presentan (incluir comentarios)	Clasificación según facilitador (encerrar en un círculo)
			↑↑: Muy alto ↑: Alto ↓: Bajo = : Se mantiene 0: Desaparece
			↑↑: Muy alto ↑: Alto ↓: Bajo =: Se mantiene 0: Desaparece

## Anexo 6.

“Escala evaluativa del estadio de cambio de las pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso entre las edades de 45 y 55 años, que asisten a la consulta de Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA, 2017”

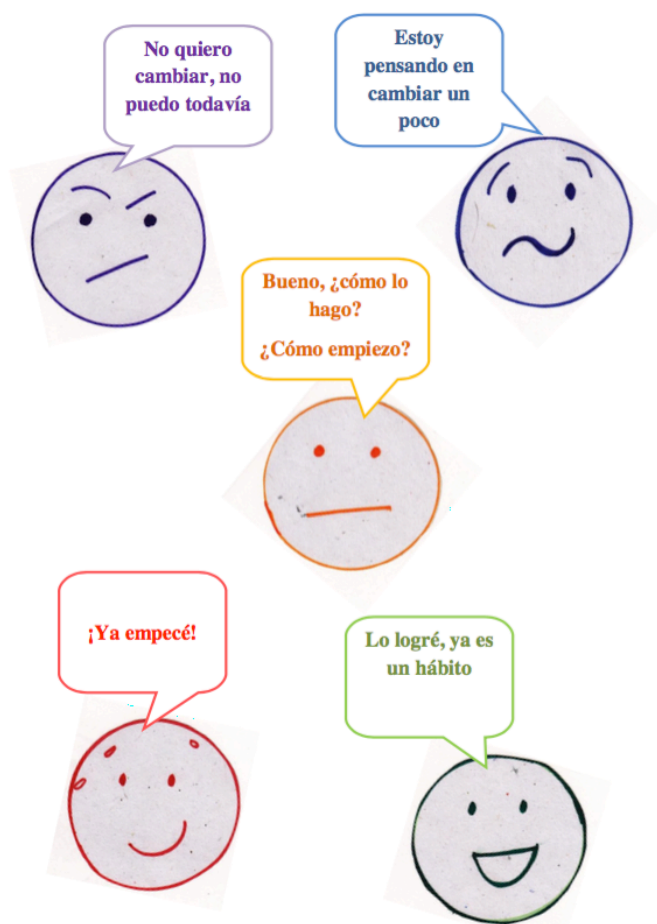


Nº  
EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_/\_\_/\_\_

Instrucciones: Responda a la siguiente pregunta y encierre en un círculo la imagen con la cual se sienta más identificada en este momento:

**¿Cómo se siente en este momento?**



# Anexo 7.

"Cuestionario inicial y final para la evaluación de la etapa de cambio, de la intervención de pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso que asisten a la consulta Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA, 2007.

Fuente: Zúñiga, 2014.



Nº

EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A continuación, se presentan una serie de ítems que debe responder de acuerdo a su situación personal. Marque con una (X) la respuesta que considere más apropiada. Debe marca solamente una opción

1. Si en este momento un profesional de la salud le indica que debe perder peso para mejorar su calidad de vida. Usted ¿con cuál frase se identifica?

- a. No tengo la intención de hacerlo
- b. Estoy considerando cambiar, estoy pensando
- c. Ya empecé a realizar algunos cambios
- d. Lo he estado haciendo por seis meses.
- e. Ya lo hice y ahora me resulta fácil.

2. Suponiendo que también le indica que debe realizar un plan de alimentación con porciones para ayudarse con la pérdida de peso. Usted ¿con cuál frase se identifica?

- a. No tengo la intención de hacerlo
- b. Estoy considerando cambiar, estoy pensando
- c. Ya empecé a realizar algunos cambios
- d. Lo he estado haciendo por seis meses.
- e. Ya lo hice y ahora me resulta fácil.

3. Si en este momento un profesional de la salud le indica que debe comer menos grasa para poder controlar su enfermedad. Usted ¿con cuál frase se identifica?

- a. No tengo la intención de hacerlo
- b. Estoy considerando cambiar, estoy pensando
- c. Ya empecé a realizar algunos cambios
- d. Lo he estado haciendo por seis meses.
- e. Ya lo hice y ahora me resulta fácil.

4. Si en este momento un profesional de la salud le indica que debe comer menos azúcar, dulces y postres para mejorar su calidad de vida. Usted ¿con cuál frase se identifica?

- a. No tengo la intención de hacerlo
- b. Estoy considerando cambiar, estoy pensando
- c. Ya empecé a realizar algunos cambios
- d. Lo he estado haciendo por seis meses.
- e. Ya lo hice y ahora me resulta fácil.

5. Si en este momento un profesional de la salud le indica que debe realizar todos los tiempos de comida durante el día. Usted ¿con cuál frase se identifica?

- a. No tengo la intención de hacerlo
- b. Estoy considerando cambiar, estoy pensando
- c. Ya empecé a realizar algunos cambios
- d. Lo he estado haciendo por seis meses.
- e. Ya lo hice y ahora me resulta fácil.

6. Si en este momento un profesional de la salud le indica comer más frutas y vegetales para mejorar su calidad de vida. Usted ¿con cuál frase se identifica?

- a. No tengo la intención de hacerlo
- b. Estoy considerando cambiar, estoy pensando
- c. Ya empecé a realizar algunos cambios
- d. Lo he estado haciendo por seis meses.
- e. Ya lo hice y ahora me resulta fácil.

7. Si se le indica que debe realizar actividad física con el objetivo de controlar su enfermedad y mejorar su calidad de vida. Usted ¿con cuál frase se identifica?

- a. No tengo la intención de hacerlo
- b. Estoy considerando cambiar, estoy pensando
- c. Ya empecé a realizar algunos cambios
- d. Lo he estado haciendo por seis meses.
- e. Ya lo hice y ahora me resulta fácil.

8. Si se le sugiere que debe consumir más lácteos (leche, yogurt o queso) para mejorar su salud. Usted ¿con cuál frase se identifica?

- a. No tengo la intención de hacerlo
- b. Estoy considerando cambiar, estoy pensando
- c. Ya empecé a realizar algunos cambios
- d. Lo he estado haciendo por seis meses.
- e. Ya lo hice y ahora me resulta fácil.

9. Si en este momento un profesional de la salud le indica que tomar más agua para mejorar su calidad de vida. Usted ¿con cuál frase se identifica?

- a. No tengo la intención de hacerlo
- b. Estoy considerando cambiar, estoy pensando
- c. Ya empecé a realizar algunos cambios
- d. Lo he estado haciendo por seis meses.
- e. Ya lo hice y ahora me resulta fácil.

10. En la siguiente escala marque con una X la opción que considere, califica mejor su capacidad o habilidad para lograr los cambios necesarios en el estilo de vida, que le garanticen un buen estado de salud.

- \_\_\_\_ (1) Ninguna capacidad para lograrlo
- \_\_\_\_ (2) Poca capacidad para lograrlo
- \_\_\_\_ (3) Suficiente capacidad para lograrlo
- \_\_\_\_ (4) Mucha capacidad para lograrlo

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



## Anexo 8.

“ Registro de comentarios específicos que identifican estadio de cambio en el que se encuentran las pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso entre las edades de 45 y 55 años, del consultorio Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA 2017”



Nº  
EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_/\_\_/\_\_

Fecha	Comentarios y palabras claves de la paciente	Observaciones del terapeuta

## Anexo 9.

“Registro de seguimiento antropométrico y dietético de las pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso, entre las edades de 45 a 55 años del consultorio Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA 2017”



**Datos de seguimiento del paciente**

Nº de expediente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Talla \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Indicador	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8
Peso (kg)								
IMC								
IMC clasificación								
Circunferencia abdominal								
Requerimiento final prescrito								

### 1. Cálculo de Dieta

- TMB: \_\_\_\_\_ kcal
- Factor de Actividad: \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_
- Requerimiento energético \_\_\_\_\_ Kcal
- **Requerimiento prescrito \_\_\_\_\_ kcal**

## 2. Prescripción dietética:

Nutriente	Porcentaje	Kcal	Gramos
Carbohidratos			
Proteína			
Grasa			
<b>Total</b>			

## 3. Cálculo de intercambios

Lista	Nº de porciones	CHO	Proteína	Grasa	Kcal
Leche ____%					
Vegetales					
Fruta					
Azúcar					
Harinas					
Leguminosas					
Carne magra					
Carne semimagra					
Grasa					
Total					
% adecuación					

## 4. Distribución de intercambios por tiempo de comida

Lista	Nº	Desayuno	Merienda	Almuerzo	Merienda	Cena	Merienda
Leche ____%							
Vegetales							
Fruta							
Azúcar							
Harinas							
Leguminosas							
Carne magra							
Carne semi							
Grasa							

# Anexo 10.

Criterios para la categorización de IMC de la OMS, 2004 y procedimientos para medición de talla, según la OMS 2004, y procedimiento para la toma de medida de la circunferencia abdominal, según documento Vademécum de Antropometría por Escuela de Nutrición, UCR, 2015 y clasificación del mismo según Adult Treatment Panel III, 2015.

## **1. Criterios para la categorización de IMC según la OMS 2004.**

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m<sup>2</sup>). Los criterios de clasificación son los siguientes:

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	CATEGORÍA
Por debajo de 18.5	Por debajo del peso
18.5 a 24.9	Normopeso
25.0 a 29.9	Sobrepeso
30.0 a 34.9	Obesidad grado I
35.0 a 39.9	Obesidad grado II
Más de 40	Obesidad grado III

## **2. Procedimiento para medición de talla.**

El individuo que será medido debe estar descalzo o calcetines delgados y llevar poca ropa de tal modo que se pueda ver la posición del cuerpo. Debe ponerse de pie sobre una superficie plana, con el peso distribuido en forma pareja sobre ambos pies, los talones juntos y la cabeza en una posición tal que la línea de visión sea perpendicular al cuerpo (mirando al frente). Los brazos colgarán libremente a los costados y la cabeza, espalda, nalgas y talones estarán en contacto con la tabla vertical. Se pide al individuo que haga una inspiración profunda y que mantenga la posición erguida y peso distribuido equitativamente en ambos pies.

Para efectos de este estudio se utilizará la talla se tomará con el tallímetro marca SECA modelo 206.

## **3. Procedimiento para medición de circunferencia abdominal:**

1. Solicita a la persona que descubra su parte abdominal y cruce los brazos en el tórax.
2. Le sugiere una postura relajada con los brazos a los lados y pies en posición de descanso, es decir, ligeramente separados para mantener la estabilidad corporal al distribuirse relajadamente la masa corpórea.
3. Con una cinta métrica mide la distancia entre la costilla y la cresta iliaca y marca la

mitad entre estos dos puntos, en ambos lados del tronco.

4. Se coloca al frente de la persona y pasa la cinta métrica por ambas marcas, manteniendo la cinta en un plano horizontal perpendicular al piso.
5. Verifica el ajuste del centímetro en la espalda de la persona.
6. Se asegura que el “cero” de la cinta esté en contacto con la piel de la persona y realiza la técnica del cruce, colocando la extensión necesaria de la cinta “cruzada” sobre el “cero”.
7. Cuida de no introducir el dedo o la uña debajo de la cinta métrica.
8. Solicita a la persona que baje los brazos y tome una posición relajada.
9. Pide a la persona que respire y al final de la expiración hace la lectura al milímetro más cercano, sin comprimir la piel.

Para efectos de este estudio se utilizará la cinta ergonómica para medir circunferencias marca SECA modelo 201

Clasificación de riesgo cardiovascular según circunferencia abdominal

Sexo	Circunferencia abdominal (cm)
Hombre	> 102 cm (> 40 in)
Mujer	> 88 cm (> 35 in)

Fuente: Adult Treatment Panel III (2015)

# Anexo 11.

**"Contrato de Salud con el/los objetivos propuestos por la paciente en etapa de climaterio con exceso de peso que asisten al consultorio Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA, 2017".**



## CONTRATO DE SALUD

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, me comprometo conmigo  
misma a:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nota: ser específica e indicar cómo y cuándo lo va a realizar.

Por las siguiente razones

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Este contrato lo voy a colocar en un lugar visible

---

---

Mi Firma

Firma de la nutricionista

## Anexo 12.

**"Tareas propuesta en la sesión con las pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso, entre las edades de 45 a 55 años del consultorio Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA, 2017"**



Nombre: \_\_\_\_\_

Nº  
EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

Sesión	Fecha	Tarea o cambio propuesto a realizar la paciente	Observaciones e indicaciones del terapeuta

## Anexo 13.

Afiche de invitación enviado por correo electrónico a nivel institucional del INA, sede la Uruca, para reclutar a mujeres en etapa de climaterio con exceso de peso entre las edades de 45 y 55 años.

Le gustaría participar y recibir  
8 sesiones nutricionales  
totalmente gratuitas



CUPOS LIMITADOS

**Primera etapa:** Cumplir con los siguientes requisitos:

- ✓ Ser mujer entre las edades de 45 y 55 años
- ✓ Ser trabajadora del INA, sede La Uruca
- ✓ Estar en etapa de climaterio (sin tratamiento hormonal)
- ✓ Presentar exceso de peso (IMC superior a 30)

Contáctenos al 8815 6547





# Anexo 14.

Instrumento de recolección de datos para el reclutamiento de pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso entre las edades de 45 a 55 años que laboran en el INA, sede La Uruca, 2018



## Información para reclutamiento de pacientes en etapa de climaterio

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

- Peso: \_\_\_\_\_
- Estatura: \_\_\_\_\_
- IMC: \_\_\_\_\_
- Presenta alguno(s) de estos padecimientos:
  - \_\_\_\_\_ Diabetes
  - \_\_\_\_\_ Cáncer
  - \_\_\_\_\_ Tratamiento de quimioterapia
  - \_\_\_\_\_ Depresión mayor, esquizofrenia o trastorno bipolar diagnosticada por un medico
  - \_\_\_\_\_ Menopausia inducida (medicamentos o algún tipo de cirugía a nivel de útero u ovario)
- Medicamentos que consuma actualmente: \_\_\_\_\_
- Cuando fue su última menstruación: \_\_\_\_\_
- Toma algún tipo de tratamiento hormonal (estrógenos): SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Cumple con los criterios de inclusión y exclusión para el estudio:

SI

NO

**Nota:** Sí la paciente esta dispuesta a participar en la intervención favor que lea detenidamente el consentimiento informado que se le entrega y que evacue todas las dudas necesarias.

## **Anexo 15.**

Programación didáctica de las 8 sesiones de intervención en mujeres en etapa de climaterio con exceso de peso entre las edades de 45 y 55 años, que laboran en el INA, sede La Uruca, 2018

## Programación Didáctica - SESIÓN 1. Consulta individualizada

**Tema:** ¿Qué es la etapa del climaterio y qué está ocurriendo en mi cuerpo?

**Problema:** Falta de conocimiento sobre la etapa del climaterio, características, cambios que ocurren en el cuerpo y su manejo nutricional para una mejor calidad de vida.

**Objetivo general de la sesión:** Comprender que sucede en el cuerpo de la mujer durante la etapa de climaterio y cómo puede llegar a afectar esto si no se tiene un estilo de vida saludable.

**Personas a la que se dirige:** 15 mujeres entre las edades de 45 a 55 años en etapa de climaterio.

Objetivos de Aprendizaje	SESION 1
<b>Apertura/encuadre</b> <b>Objetivo:</b> Conocer a la paciente	<b>Contenido</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar la bienvenida y presentarme como facilitadora.</li> <li>• Realizar el encuadre para las pacientes e indicarles sobre lo que vamos a hablar en esta sesión y en las siguientes.</li> <li>• Recopilar información sociodemográfica, clínica y dietética</li> </ul> <b>Actividades</b> Establecer un ambiente ameno y de confianza para que la mujer se sienta a gusto de poder expresar sus dudas, preocupaciones, entre otros. Entablar una conversación fluida e ir obteniendo la información necesaria para el expediente de la paciente. <b>Materiales</b> Hojas impresas para la recopilación de la información de la paciente, folders, báscula, tallímetro, cinta métrica, calculadora, grabadora de voz. <b>Duración:</b> 20 minutos <b>Evaluación:</b> El 100% de las pacientes se sientan a gusto y con la confianza de expresarse.
<b>Exploración del problema</b> <b>Objetivo:</b> Reconocer sus propias actitudes y prácticas que les puede estar afectando su peso y estado de salud.	<b>Contenido</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario inicial sobre etapas de cambio</li> <li>• Identificación de barreras, resistencias y ambivalencias por medio de estas preguntas:                ¿Cuál es su motivación principal para estar aquí?                ¿Qué cree que le ha venido ocasionando el aumento de peso?                ¿Sabe lo que está ocurriendo en su cuerpo?                ¿Cómo se sienten con su peso y de qué forma les está afectando en su diario vivir?                ¿Con qué asocia el término salud? Cómo se siente en este momento, ¿lo calificarían como saludable o no? ¿Por qué?</li> </ul> <b>Actividades</b> Llenar la documentación correspondiente. Lluvia de ideas: sobre lo que expresa la paciente ¿Cómo se sienten actualmente con su peso, y cómo les está afectando en su diario vivir? Que la paciente lo anote ella misma en una hoja.

	<p><b>Materiales</b> Pilots, Hojas blancas, Grabadora de voz</p> <p><b>Duración:</b> 15 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> El 100% de las pacientes participa y responde las preguntas reflexivas.</p>
<p><b><u>Construcción de lo mejor viable (con diálogo)</u></b></p> <p><b>Objetivo:</b> Reconocer qué es la etapa de climaterio, que cambios ocurren en el cuerpo y cómo pueden llegar a afectar la salud si no se adoptan estilos de vida saludables.</p>	<p><b>Contenido</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Definir qué es la etapa de climaterio</li> <li>¿Qué cambios físicos, emocionales y psicológicos se presentan durante esta etapa?</li> <li>¿Cómo evitar complicaciones, prevenir y llegar a sentirme mejor?</li> <li>¿Qué pasa cuando llevamos una alimentación a base de vegetales no harinosos, frutas, granos enteros, y demás?</li> <li>¿Esto me define como persona? ¿Me voy a sentir así de ahora en adelante? (hacerle ver a la paciente que es una etapa y que esta es pasajera)</li> </ul> <p><b>Actividades:</b> Demostración de lo qué es la etapa de climaterio? Que la paciente anote qué es lo que ha venido sintiendo (físicamente y emocionalmente) Diálogo e interacción con el material de apoyo que le permita a la paciente comprender que está sucediendo en su cuerpo. Hacerles ver que a pesar de los cambios fisiológicos que favorecen el aumento de peso durante esta etapa, esto no es excusa para no hacer cambios a estilos de vida más saludables.</p> <p><b>Materiales:</b> Rotafolio interactivo, grabadora de voz</p> <p><b>Duración:</b> 20 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Preguntas y respuestas espontáneas por parte de todas las pacientes.</p>
<p><b><u>Discusión de las barreras y facilitadores.</u></b></p> <p><b>Objetivo:</b> Examinar sus propios facilitadores y barreras para realizar los cambios.</p>	<p><b>Contenido</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Qué está haciendo usted en este momento que le impide cumplir con sus objetivos de un estilo de vida más saludable?</li> <li>¿Qué es lo que más le afecta a usted del exceso de peso? ¿Y esto como lo hace sentir?</li> <li>¿Cree usted que la alimentación tiene algún efecto sobre su salud?</li> <li>¿Qué tan importante es para usted el tratamiento nutricional?</li> <li>¿Realizan algún tipo de actividad física? ¿Por qué? ¿Cree poder hacerlo? ¿Qué la detiene? Que solución le podría dar (¿Cómo podrían vencer estas barreras?)</li> <li>¿Qué facilitadores presentan, que les ayudaría a realizar los cambios?</li> </ul> <p><b>Actividades:</b> Se realiza una conversación fluida con la paciente, en donde el facilitador escucha, pero no sugiere ni aporta ideas. Esto con el fin de que la paciente se analice, busque que cosas o situaciones le impiden hacer los cambios y que cosas si tiene para poder realizar el cambio.</p> <p><b>Materiales:</b> Grabadora de voz</p> <p><b>Duración:</b> 20 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Todas las participantes logran analizarse y escucharse a sí mismas para ver que las detiene para realizar el cambio.</p>
	<p><b>Contenido:</b> ¿Cómo se sintió con esta sesión?, ¿Qué fue lo que más les interesó o le impactó?, Tomar datos antropométricos.</p>

<p><b><u>Síntesis de lo aprendido en la sesión y establecimiento de metas</u></b></p> <p><b><u>Objetivo:</u></b> Realizar una síntesis sobre la sesión.</p>	<p>Comentar sobre los cambios que quiere hacer la paciente y firmar el contrato (compromiso) de salud.</p> <p><b>Actividades:</b> Paciente logra autoanalizarse y ver el impacto y posibles soluciones que puede aplicar en su vida. Paciente firma contrato de salud con los objetivos y cambios que ella misma se propuso en la sesión (Proponerse 2 o 3 metas concretas, alcanzables y realistas por mes). Se le coloca una cinta de color en la muñeca de cada paciente para que este le recuerde el compromiso que se hizo ella misma.</p> <p><b>Materiales:</b> Lapicero, grabadora de voz, cinta de color, bascula, cinta métrica</p> <p><b>Duración:</b> 15 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Todas las pacientes logran realizar comentarios sobre lo aprendido en la sesión y comprometerse a realizar 2 o 3 cambios beneficiosos para su salud.</p>
---	--

## Programación Didáctica - SESIÓN 2. Consulta individualizada

**Tema:** ¿Cómo debe de ser mi alimentación en esta etapa?

**Problema:** Falta de conocimiento y confusión en las mujeres que se encuentran en la etapa de climaterio, sobre los grupos de alimentos y la importancia de cubrir los macro y micronutrientes en la dieta y que estos estén distribuidos en varios tiempos de comida. Esto con la justificante de que durante esta etapa ellas suelen aumentar de peso y automáticamente restringen gran cantidad y calidad de los alimentos, lo que en vez de contribuir a una alimentación saludable propician a más alteraciones en el metabolismo y por ende seguir con el aumento de peso, junto a todas las complicaciones anudadas.

**Objetivo general de la sesión:** Brindar un plan de alimentación sencillo y práctico que puedan realizar las mujeres durante esta etapa y que a su vez les permita comprender y distinguir entre los distintos grupos de alimentos que forman una alimentación saludable y la importancia de los nutrientes que la componen.

**Grupo al que se dirige:** 15 mujeres entre las edades de 45 a 55 años en etapa de climaterio

Objetivos de Aprendizaje	SESION 2
<b>Apertura/encuadre</b> <b>Objetivo:</b> Conocer la estructura de la sesión y motivarse a continuar con el cambio.	<b>Contenido:</b> Dar bienvenida y realizar el encuadre de la sesión y explicarles qué es lo que se va a realizar. Aplicar escala evaluativa del estadio de cambio (caritas). Preguntar cómo les fue con las metas que se propusieron en la sesión pasada, si las pudieron cumplir. Si no lo lograron comentar el por qué o qué dificultades tuvieron. Se observa si todavía tienen el hilo rojo en la muñeca, de no tenerlo se le pregunta por qué ya no lo tiene... Si la paciente aun lo tiene se le dice: ¿Veo que siempre lleva la cinta roja, le ha servido? ¿Qué le recuerda cuando la ve? <b>Actividades:</b> Pasar la escala evaluativa del estadio de cambio. Consultarles sobre las metas propuestas en la sesión pasada. <b>Materiales:</b> Hoja con escala evaluativa del estadio de cambio (caritas). <b>Duración:</b> 5 minutos <b>Evaluación:</b> Todas logran comentar sobre los objetivos que se habían propuesto en la sesión anterior.
<b>Exploración del problema</b> <b>Objetivo:</b> Clasificar los alimentos en grupos según sus conocimientos.	<b>Contenido:</b> Explorar dudas de la sesión anterior y trabajar en ellas. Actividad para explorar conocimientos: Se les va a entregar imágenes de alimentos para que los agrupen según ellas consideran que se clasifican (las imágenes se pegan con velcro a un cartón). Se les pregunta porque lo colocaron de esa manera, con el fin de que cada una indique una característica principal de cada uno de ellos (para orientarlas se les pregunta principalmente por las texturas, apariencias, sabores de las mismas). Se les pregunta "¿Sabiendo ya esto, como considera usted que debería estar distribuida la alimentación en un día? ¿Cuáles en mayor cantidad y cuáles en menos cantidad? ¿Por qué?" y se le brinda explicación con círculo de alimentación saludable. Posteriormente se les pregunta sobre:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué piensa que es un plan de alimentación, qué características debería de tener?</li> <li>• ¿Cuántos tiempos de comida piensan que deberían que debería tener un plan de alimentación? ¿Consideran importante realizarlos? ¿Por qué?</li> <li>• ¿Cómo creen que se debería de distribuir un plato de comida principal, por ejemplo, el almuerzo?</li> <li>• ¿Cómo se siente para dar inicio a este cambio? ¿Cree que se le vaya a facilitar o más bien sea algo complicado?</li> </ul> <p><b>Actividades:</b> Se le da un tiempo a la paciente para que logre agrupar las imágenes de los alimentos en las categorías que ellas consideren (las pegan en un cartón que tiene velcro), para luego comentar con ellas el por qué lo clasificaron de esa forma, en donde se comenten aspectos de textura y apariencia de los mismos.</p> <p>Al preguntarle a la paciente sobre cómo considera ella que debería estar compuesta la alimentación, se le muestra círculo de la alimentación saludable y se le explica la importancia de incluir todos los grupos en cantidades adecuadas: variada, adecuada y saludable. Posteriormente se le pregunta aspectos relacionados con el plan de alimentación, para ya después dar paso a la construcción.</p> <p><b>Materiales:</b> Cartón emplastecido con velcro, imágenes de alimentos con velcro, círculo de alimentación saludable.</p> <p><b>Duración:</b> 15 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Que todas logren participar, agrupar los alimentos. También que todas logren comentar sobre lo que es un plan de alimentación.</p>
<p><b><u>Construcción de lo mejor viable</u></b>  <b>Objetivo:</b> Distinguir los diferentes grupos de alimentos y la importancia que estos tienen en el cuerpo. Brindar y explicar el plan de alimentación individualizado.</p>	<p><b>Contenido:</b>  Explicar que una alimentación variada es aquella que integra todos los grupos y que va a aportar los nutrientes necesarios para un buen funcionamiento.</p> <p>Se les explica la importancia de los CHO, CHON Y FAT, recurriendo a analogías e interaccionando durante la explicación:</p> <p>¿Qué cree que hacen los carbohidratos en nuestro cuerpo, para que nos sirven? Los carbohidratos son los que nos dan la principal fuente de energía, son necesarios, no hay que temerles. Entonces para que vayamos entendiendo vamos a utilizar esta casita y este peón. Si comparamos los carbohidratos con la construcción de una casa, los carbohidratos van a ser los peones que aportan la energía para movilizar los ladrillos y poder formar las estructuras. Sin ellas muchas cosas en el organismo no se podrían dar e inclusive el cerebro no funcionaría correctamente y el cuerpo estaría más cansado de lo normal. ¿Qué pasaría si no hubiese peones que estén construyendo? La casa no se construye y se empieza a deteriorar.... En nuestro cuerpo se reflejaría con cansancio y falta de ánimo. Ahora que pasa si tenemos muchos peones y no paran de construir y construir todos los días?.... la casa se va haciendo cada vez más y más grande, igual sucedería en nuestro cuerpo, si los comemos en exceso estaríamos aumentando de peso.</p> <p>¿Ahora para que cree que sirvan las proteínas en nuestro cuerpo? ... Estas nos ayudan a la construcción y regeneración de tejidos y células en el cuerpo. Es decir, si seguimos comparamos nuestro cuerpo con una casa, las proteínas serían los ladrillos y por ende a proteger todo nuestro cuerpo, esto quiere decir que las proteínas están encargadas de reparar el desgaste diario, produciendo y renovando células y tejidos, así como heridas y fracturas.</p>

Las grasas, por otro lado, también son muy necesarias para absorber ciertas vitaminas y tener una piel saludable. Si las comparamos como la construcción de la casa estas son como la pintura o sellador con la que se pinta la casa.... Si le damos capas y capas de pintura qué pasa, la pintura deja de tener su función la capa se va haciendo cada vez más y más gruesa, se apelota y se puede quebrantar, hacer grietas y caer, lo mismo sucede en el cuerpo, si lo comemos en exceso nos puede dañar y causar problemas, son necesarias pero en una menor cantidad, así como buscamos una pintura de calidad para nuestras casas, también debemos buscar grasas de calidad para nuestro organismo, porque de igual forma si la pintura es de mala calidad y aunque sea poca cantidad va a terminar agrietándose y cayéndose. De ahí la importancia usar una pintura de buena calidad, que en este caso bien siendo grasas saludables y evitar el consumir grasas no tan saludables que nos vayan a perjudicar en la construcción de nuestro cuerpo. Este grupo (se le señala en el cartón donde había clasificado), las frutas y vegetales, nos aportan principalmente vitaminas y minerales que nos van proteger de enfermedades, ayudan a prevenir problemas del corazón, cáncer. Las vitaminas y minerales vienen siendo las varillas y el cemento para sostener la estructura, son de igual forma necesarias para la casa como para el cuerpo.

Entonces si vemos esta casa, si no tuviéramos alguno de los elementos que vimos, ¿qué le pasaría? ¿Y en nuestro cuerpo? ¿Entonces considera necesario consumir alimentos que aporten todos estos nutrientes?

¿Ahora, para especificar un poco sobre las vitaminas y minerales, se acuerda de la sesión pasada de cuáles son importantes en esta etapa del climaterio?... Pista, esta ayuda a prevenir la osteoporosis o que los huesitos se quiebren fácilmente... (Vitamina D y calcio). La vitamina D y el calcio además de estar en frutas y vegetales también las podemos encontrar en otros grupos de alimentos. ¿En qué alimentos cree que los podemos encontrar? ...Lo podemos encontrar en los lácteos como lácteos, quesos, yogurt, vegetales de hoja verde oscuro, como por ejemplo la espinaca, brócoli, culantro coyote, mostaza, soya, huevo (yema), pescados como atún, sardinas, salmón y nueces como almendras, girasol y ajonjolí.

Se le pregunta si hay alguna duda con la información brindada anteriormente para dar paso a la entrega y explicación del plan de alimentación.

Se le explica plan de alimentación y las porciones correspondientes.

A la paciente se le da un patrón de alimentación, pero ella misma realizará un ejemplo de menú con sus propios gustos (esto ayudará a corroborar si la paciente logra comprender correctamente)

Al finalizar la explicación, se le pregunta a la paciente qué porque cree que se le pusieron 5 o más tiempos de comida... Se les explica que hacer varios tiempos de comida tiene muchos beneficios, entre ellos no pasar hambre y estar satisfechos, no llegar a un tiempo de comida con demasiada hambre y que las obligue a comer demás. Cada tiempo de comida debe estar espaciado por 3 horas, ya si se extiende ese tiempo el cuerpo empieza a acumular grasas como un mecanismo de defensa y esto nos facilita el aumento de peso y nos predispone a otros padecimientos. Además, hay estudios que indican que al hacer varios tiempos de comida se relaciona con una disminución en sofocos, irritabilidad y cansancio.

**Actividades:** Mientras se explica la función de cada grupo de alimento se apoya con el cartón en donde ya la paciente había clasificado los grupos y en conjunto mientras se les explica se usan muñequitos y casas de juguetes para simular el cuerpo humano y cubitos de madera para construir una casita. Con cada nutriente se representará como si fuera los elementos para realizar una construcción: ladrillos como las proteínas, los peones como carbohidratos, y las varillas y el cemento como vitaminas y minerales.

A la hora de explicar alimentos fuente de calcio y vitamina D se da a la paciente una hoja con imágenes de alimentos fuentes de las mismas.



	<p>Se le entrega y explica plan de alimentación (panfleto) y las porciones correspondientes. Mientras se le explica el panfleto con su dieta, a parte se apoya la explicación con un mini rotafolio con imágenes del grupo de alimentos el cual junto a cada imagen hay una mano que ejemplifica como sería la medida de la porción.</p> <p>Por aparte se le da una hojita pequeña con las imágenes de las porciones de manos, con la finalidad que lo puedan llevar consigo a donde sea, en su billetera o agenda y poder recordar cómo deben ser las porciones.</p> <p><b>Materiales:</b> Cartón con la clasificación de grupos que se realizó en la etapa de exploración Casita de juguete y muñequito pequeño de plástico, palillos de dietas que simulen varillas de construcción, y una bolsita pequeña rellena de tierra oscura que simule cemento.</p> <p>Hoja impresa con imágenes de alimentos fuente de Ca y vitamina D. Modelos de alimentos, tazas medidoras. Panfleto a color del plan de alimentación y hojita con imágenes de las porciones con las manos. Hojas y lapiceros</p> <p><b>Duración:</b> 25 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Preguntas y respuestas espontáneas por parte de todas las pacientes.</p>
<p><b><u>Discusión</u></b> <b><u>Objetivo:</u></b> Transferir la información del plan de alimentación a sus vidas cotidianas y discutir sobre el plan y los grupos de alimentos.</p>	<p><b>Contenido:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Con base en lo que acabamos de ver cómo considera que esta su alimentación?</li> <li>• ¿Con lo que vimos ahora, como mejoría o modificaría su almuerzo que trajo el día de hoy (o que ya haya hecho si ya paso su hora de almuerzo)?</li> <li>• ¿De los grupos de alimentos que acabamos de ver, cuál es el que más consume y el que menos consume?</li> <li>• ¿De los que menos consume cree que se le vaya a dificultar su consumo y por qué?</li> <li>• Según lo que usted come normalmente, ¿qué debe cambiar, ¿qué le hace falta en su plato (alimentación)?</li> <li>• ¿Cómo ve el poder realizar los tiempos de comida propuestos?</li> <li>• ¿Cómo podría incluir los alimentos altos en calcio y vitamina D en su dieta?</li> <li>• Por último, quisiera preguntarle algo muy importante, usted sabe que nuestro cuerpo nos da muchas cosas, nos permite caminar, ver cosas, respirar, disfrutar.... ¿Entonces a partir de hoy qué va hacer usted con su cuerpo?</li> </ul> <p><b>Actividades:</b> Se realiza una conversación fluida, en la cual ellas aporten comentarios e indiquen como ven el plan, la factibilidad de realizarlo, la importancia de comer diferentes grupos de alimentos en cantidades correctas, el realizar tiempos de comidas e identificar cómo incluir en la dieta alimentos fuente de Ca y vitamina D.</p> <p><b>Materiales:</b> ninguno</p>

	<b>Duración:</b> 20 minutos <b>Evaluación:</b> Todas logran ver la importancia y participan activamente en la conversación.
<b>Síntesis de lo aprendido en la sesión y establecimiento de metas</b> <b>Objetivo:</b> Realizar una síntesis sobre la sesión y proponerse al menos 2 metas concretas, alcanzables y realistas para la siguiente sesión	<b>Contenido:</b> Preguntar: ¿Cómo se sintió con esta sesión?, ¿Qué es lo que se llevan de esta sesión? Toma de medidas antropométricas Concluir la sesión estableciendo metas con respecto al tema visto. <b>Actividades:</b> La paciente comenta lo que sintió en esta sesión y qué se lleva con ella para empezar a realizar el cambio. <b>Materiales:</b> Papel, lapiceros, bascula, cinta métrica <b>Duración:</b> 10 minutos. <b>Evaluación:</b> Todas logran descubrir aspectos positivos del cambio, comentan como se sintieron con la sesión y se establecen al menos 2 metas para la siguiente sesión.

### Programación Didáctica - SESIÓN 3. Consulta individualizada

**Tema:** ¿Qué pasa si no hago cambios en mi estilo de vida durante esta etapa?

**Problema:** Las pacientes solamente conocen pocas o ninguna de las enfermedades ligadas al exceso de peso, lo cual no las hace estar conscientes de las verdaderas consecuencias que el exceso de peso puede causar en la salud y del riesgo que se duplica durante esta etapa de la vida.

**Objetivo general de la sesión:** Demostrar las verdaderas consecuencias del exceso de peso que se pueden presentar durante la etapa del climaterio y cómo estas pueden disminuir considerablemente su calidad de vida sino empiezan a realizar cambios a beneficio de su salud.

**Grupo al que se dirige:** 15 mujeres entre las edades de 45 a 55 años en etapa de climaterio

Objetivos de Aprendizaje	SESION 3
--------------------------	----------

<p><b><u>Apertura/encuadre</u></b>  <b><u>Objetivo:</u></b> Conocer la estructura de la sesión y motivarse a continuar con el cambio.</p>	<p><b>Contenido:</b>  Dar bienvenida y realizar el encuadre de la sesión y explicarles qué es lo que se va a realizar.  Aplicar escala evaluativa del estadio de cambio (caritas).  <b>Actividades:</b> Pasar la escala evaluativa del estadio de cambio.  <b>Materiales:</b> Hoja con escala evaluativa del estadio de cambio (caritas).  <b>Duración:</b> 5 minutos  <b>Evaluación:</b> Todas logran comentar sobre los objetivos que se habían propuesto en al sesión anterior.</p>
<p><b><u>Exploración del problema</u></b>  <b><u>Objetivo:</u></b> Identificar la importancia del control de riesgos relacionados con el exceso de peso.</p>	<p><b>Contenido:</b> Preguntar cómo les fue con las metas que se propusieron en la sesión pasada, si las pudieron cumplir o no. Si no lo lograron, comentar el por qué o qué dificultades tuvieron, para identificar barreras o si logran poco a poco derribarlas.  Explorar dudas de la sesión anterior y trabajar en ellas.  <b>Actividades:</b>  Actividad: María y Luisa  En una mini pizarra acrílica se coloca dos imágenes, una de una mujer normopeso a la cual se le pondrá nombre de María. Esta imagen se va a ver una mujer bonita, con rostro feliz, exitosa, trabajadora; en otra imagen que va a mostrar a una mujer con obesidad con el nombre de Luisa con un aspecto sedentario, pálido y deteriorado.  Con estas dos imágenes en la pizarra las participantes tendrán anotar ellas mismas al lado de cada imagen las características de cada una de las mujeres. Seguidamente ellas deben decidir cuál de las dos consideran que tiene un estilo de vida más saludable. Para ello se les hace las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>¿Cómo describiría a María y a Luisa?, anótelos al lado de cada una de ellas.</i></li> <li>• <i>¿Cuál de las dos considera que tiene hábitos saludables? ¿Cuáles cree usted que sean esos hábitos?</i></li> <li>• <i>¿Cómo cree que es la alimentación de María y Luisa?</i></li> <li>• <i>¿Qué excusas cree que pueda tener María y Luisa?</i></li> <li>• <i>¿Qué tienen en común María y Luisa con ustedes?</i></li> </ul> <p>Al finalizar estas preguntas se les va a pegar alrededor de toda la pizarra aquellas barreras que se han identificado o mencionado en estas dos últimas sesiones (estos papelitos son adhesivos y tienen que estar listos previo a la sesión).  Y se les pregunta nuevamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>¿Qué piensan de estos? ¿Se les hacen conocidos?</i></li> <li>• <i>¿De quién cree que sean estas palabras o frases?</i></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Creen que pueden ser excusas que también presente Luisa?</li> <li>• ¿Creen que realmente sean barreras? cómo cree que podría mejorar o cambiarlos a su beneficio?</li> <li>• Agregaría, quitaría alguna y ¿por qué?</li> </ul> <p><b>Contenido:</b> Consultarles sobre las metas propuestas en la sesión pasada.  La paciente anota con su puño y letra adjetivos que consideran que caracterizan a las imágenes (tratar de que anoten todos adjetivos posibles o como mínimo 5).  Se les hace las preguntas respectivas para que reflexionen y seguidamente se les pega en la misma pizarra papelitos, cada uno de ellos con alguna un barrera o excusas que se haya identificado anteriormente o que ellas hayan mencionado.  Se les vuelve hacer preguntas reflexivas con la finalidad de que contesten y que se autoanalicen.</p> <p><b>Materiales:</b> Pizza acrílica pequeña  Imágenes de una mujer con obesidad y otra saludable, pilot de pizarra, papeles adhesivos (post it)</p> <p><b>Duración:</b> 15 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Que todas participen y anoten los adjetivos que caractericen a las dos imágenes y que logren identificar y estar cara a cara con sus verdaderas barreras y excusas.</p>
<p><b>Construcción de lo mejor viable</b>  <b>Objetivo:</b> Distinguir las enfermedades que puede aparecer con el exceso de peso e identificar cuáles son sus verdaderas consecuencias</p>	<p><b>Contenido:</b>  Se les indica: "Bueno, ahora vamos a hablar un poco sobre las consecuencias del exceso de peso y los riesgos que trae consigo. Ya más o menos me había mencionado en sesiones anteriores cuales creía usted que se relacionaban. Pero antes de verlas, ¿quisiera saber si sabe qué es un riesgo? (silencio pasivo) .... Un riesgo es la posibilidad de que algo sufra un daño. Significa que uno está a tiempo de elegir el camino A o B. Todas las personas en el mundo tenemos riesgos. Por ejemplo, si salgo tarde de acá y me voy caminando sola por la línea recta donde está el Parque de Diversiones aumento el riesgo de que me asalten, pero tengo otra opción que puede ser irme en bus o taxi y así disminuyo es riesgo. ¿No cree que en la salud se toman decisiones similares?  ¿Entonces considera usted que puede disminuir ese riesgo de padecer enfermedades asociadas al exceso de peso?  Ok, ahora vamos a ver cuáles son los riesgos que se pueden padecer si se presenta un exceso de peso.  En cada una de estas cajas se identifican los padecimientos asociadas al exceso de peso, adentro de cada cajita se va a explicar de forma sencilla que es lo que pasa en el cuerpo.  La paciente va a abrir cada caja, pero antes de abrirla se le pregunta a la paciente qué es lo que sabe de este padecimiento.  En cada una de las cajas va a incluir la siguiente explicación junto con el apoyo de material didáctico:</p> <p><b>Diabetes:</b> si la alimentación se basa en exceso de azúcar, postres, reposterías, chocolates y dulces, lo que va a ocasionar es que el páncreas, el que produce la insulina (llave para que entre el azúcar a las células) se canse y deje de producir insulina (deja de producir llavecitas). ¿Y qué pasa si no hay insulina?, ese azúcar se queda en sangre y se ve así (se le muestra tubo de ensayo espeso) ... y que pasa si la sangre queda espesa? No va a poder pasar por las arterias, pueda que pase por las arterias que son grandes, pero aquellas que son muy muy pequeñas, como por ejemplo en los ojos (se le muestra hilo rojo grueso y el delgado) ... ¿No llegaría la sangre</p>

	<p>verdad?, entonces es por eso que una de las consecuencias de la diabetes es llegar a tener problemas en la vista o que tengan que cortar miembros porque la sangre no llega.</p> <p><b>Dislipidemia:</b> si consumimos alimentos altos en grasas poco saludables y no se hace ejercicio, esto pasa en las arterias (se muestra tubo de ensayo y modelos de arterias que van disminuyendo en diámetro, es decir la luz de la arteria) se van acumulando cada vez más y puede llegar a tapar alguna arteria y qué pasa si la tapa del todo, ¿qué cree que puede pasar? ... No llega la sangre a los órganos y nos puede dar infartos, derrames y otros.... Pero resulta que hay alguien que nos puede ayudar, él se llama HDL (brocha/escoba), quien va recogiendo esos excesos, entonces si tenemos muchos HDL nos ayudarían a regular el colesterol y triglicéridos. ¿Pero para que se produzcan más HDL que cree que hay que hacer? Ejercicio.</p> <p><b>Hipertensión:</b> si hay exceso de peso genera presión en los órganos y en las arterias, lo cual va a dificultar que la sangre llegue a los órganos, entonces que hace el corazón para responder, empieza a trabajar más y más y late cada vez más rápido... Además, si el corazón ve que no está llegando sangre, ¿le manda señales al riñón para que trabaje el doble, y porque cree que va a trabajar el doble? Porque el riñón se encarga de botar el sodio y que no se retengan líquidos, ¿entonces si no funciona bien el riñón que pasa? Ese exceso de sodio (bolsita de sal) va a quedar adentro y sabemos que la sal retiene líquido lo cual hace que el corazón trabaje aún más.... Ve que se vuelve como un ciclo vicioso que se va complicando cada vez más y más... Antes, de entrar en esta etapa del climaterio se tenía la ventaja de contar con estrógenos los cuales protegían el corazón y disminuían el riesgo cardiovascular, entonces como ya no están hay que cuidarse el doble.</p> <p><b>Reflujo y gastritis:</b> en el estómago hay como una puertita que se abre cada vez que comemos y se cierra cuando no estamos comiendo. Esa puerta se mantiene cerrada para evitar que el ácido del estómago suba y nos queme la garganta. ¿Ahora si hay exceso de peso se aumenta la presión en el estómago y esa presión hace que la puerta se esté abriendo y por ende el ácido suba y qué se siente cuando pasa esto?... correcto, se siente como que si quemara, entonces es como esta compresa, si se afloja la tapa poco a poco y se presiona cada vez más el agua caliente va a salir por la tapa y nos va a quemar, lo mismo sucede en el estómago. Y ahora si comemos gran cantidad de alimentos y si le sumamos que estos sean grasosos, van a ocasionar que se pase más rato en el estómago, entonces como se queda más tiempo el estómago va a producir más y más ácido y de ahí es que se llega a padecer de gastritis.</p> <p><b>Cáncer:</b> ¿Sabía que el exceso de peso está relacionado con el cáncer?... esto se da porque por la acumulación de grasa va a provocar que las células cambien su ADN y por ende estas crezcan y sean anormales. Por ejemplo, si vemos esta bolita que es una célula normal y que funciona como debe de ser, ¿cómo cree que funcionaria esta otra?... (Se le muestra la otra bolita de estereofón con forma de célula anormal con huecos deforme y más grande). Correcto no va a funcionar correctamente y estas se van a ir multiplicando y multiplicando cada vez más.... Estos son los cánceres que se relacionan con el exceso de peso (se le muestra imagen con los tipos de cáncer relacionados).</p> <p>Por otro lado, va haber otra caja que indica ¿y si hago cambios?, en la cual abran imágenes de todas las ganancias y beneficios que se obtienen al hacer cambios. Ellas tendrán que sacar una a una e indicar que significa la imagen para ellas.</p> <p>Se le pregunta si hay alguna duda con respecto a la información brindada.</p> <p><b>Actividades:</b> Explicación de lo que es un riesgo enfocado en la salud, pero utilizando un ejemplo del diario vivir.</p> <p>Abrir la caja de cartón y sacar lo que hay dentro de ella. Se le explica cómo afecta este padecimiento al cuerpo, en donde se construye la importancia de lo que se saca de la cajita en relación con el exceso de peso.</p> <p><b>Materiales:</b> Cajitas de cartón con material didáctico para cada padecimiento:</p>
--	--

	<p><b>Cajita de diabetes:</b> bolsitas de azúcar, chocolates, tubo de ensayo espeso, hilo rojo delgado e hilo rojo grueso para ejemplificar las arterias y llavín de una puerta con una llave que calce y otra que no.</p> <p><b>Cajita de dislipidemia:</b> modelos de arterias y tubo de ensayo con sirope espesado con gelatina y una brocha que simule una escoba, la cual representa el HDL, conocidas por ellas como el colesterol bueno.</p> <p><b>Cajita de hipertensión:</b> bolsitas de sal, embudo pequeño, filtro de café y botella de agua</p> <p><b>Cajita de reflujo y gastritis:</b> Compresa con agua.</p> <p><b>Cajita de cáncer:</b> Imagen de los 7 tipos de cáncer que puede causar la obesidad bolita de estereofón en forma de célula normal y otra con huecos deforme y más grande.</p> <p><b>Cajita ¿y si hago cambios?:</b> imágenes que ilustren los beneficios ganados al hacer cambios</p> <p><b>Duración:</b> 25 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Preguntas y respuestas espontáneas por parte de todas las pacientes.</p>
<p><b><u>Discusión</u></b></p> <p><b>Objetivo:</b> Reconocer la verdadera importancia de realizar cambios en los hábitos alimenticios para evitar las complicaciones asociadas.</p>	<p><b>Contenido:</b></p> <p>Se les preguntan lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué cree que se utilizaron cajas? ... se utilizaron porque es como destapar una sorpresa, uno no sabe lo que hay adentro, a como puede ser algo beneficioso a como puede ser algo perjudicial. ¿Usted cree que tiene la capacidad de decidir si esa caja se abre o no? ...En sus manos esta mantener esas cajas cerradas.</li> <li>• ¿Qué les pareció la información que acabamos de ver? ¿Sabía que todo esto podía ser la raíz del exceso de peso? ¿Qué idea tenía antes de saber todo esto?</li> <li>• ¿Tenía alguna idea de cómo se relacionaba esto con el exceso de peso?</li> <li>• ¿Qué espera o porque espero tanto tiempo para tomar la decisión del cambio?</li> <li>• Ya sabiendo esto, para usted que tiene más importancia, ¿la parte externa o interna del cuerpo? ¿Por qué?</li> <li>• Cree estar a tiempo para evitar estas complicaciones. ¿Que considera que usted debería hacer o estar haciendo para disminuir el riesgo? (que indique de forma específica cambios propios que tendría que aplicar en ella).</li> <li>• ¿Qué considera que le vaya a salir más caro? ¿El prevenir o tratar de curar estos padecimientos? (esta pregunta va orientada a las que justifican el no poder hacer los cambios por motivos económicos)</li> </ul> <p><b>Actividades:</b> Se realiza una conversación fluida, en la cual ellas aporten comentarios e indiquen cómo se sintieron con toda la información brindada. Logran hacer análisis profundo sobre su condición y cambios que deberían de realizar de hoy en adelante.</p> <p><b>Materiales:</b> ninguno</p>

	<p><b>Duración:</b> 10 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Todas logran ver la importancia y participan activamente en la conversación.</p>
<p><b><u>Síntesis de lo aprendido en la sesión y establecimiento de metas</u></b></p> <p><b>Objetivo:</b> Realizar una síntesis sobre la sesión y proponerse al menos 2 metas concretas, alcanzables y realistas para la siguiente sesión.</p>	<p><b>Contenido:</b> Se comenta sobre el contrato firmado hace un mes atrás y ver si lo logró realizar, de ser así se establecen un contrato nuevo con metas nuevas o con alguna que no haya logrado cumplir desde la vez pasada. Se pone nuevamente una cinta de color rojo en la muñeca como recordatorio.</p> <p>Preguntar: ¿Cómo se sintió con esta sesión?, ¿Qué es lo que se llevan de esta sesión?</p> <p>Se toma de medidas antropométricas</p> <p><b>Actividades:</b> La paciente comenta lo que sintió en esta sesión y qué se lleva con ella para empezar a realizar el cambio.</p> <p><b>Materiales:</b> Papel, lapiceros, balanza, cinta métrica, cinta de color rojo</p> <p><b>Duración:</b> 10 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Todas logran descubrir aspectos positivos del cambio, comentan como se sintieron con la sesión y se establecen metas en el contrato de salud.</p>

### Programación Didáctica - SESIÓN 4. Consulta individualizada

**Tema:** ¿Cómo puedo modificar de forma saludable mis comidas favoritas?

**Problema:** Las mujeres durante esta etapa por falta de tiempo, el ajetreo diario y cansancio suelen buscar opciones rápidas y poco saludables como lo son comida chatarra altas en carbohidratos, grasas y sodio, dejando de lado alimentos con alto valor nutricional que son necesarios durante la etapa del climaterio.

**Objetivo general de la sesión:** Brindar opciones e ideas para preparar y elegir opciones fáciles, rápidas y saludables que faciliten el día a día de las mujeres que se encuentran en la etapa del climaterio.

**Grupo al que se dirige:** 15 mujeres entre las edades de 45 a 55 años en etapa de climaterio.

Objetivos de Aprendizaje	SESION 4
<p><b>Apertura/encuadre</b>  <b>Objetivo:</b> Conocer la estructura de la sesión y motivarse a continuar con el cambio.</p>	<p><b>Contenido:</b>  Dar bienvenida y realizar el encuadre de la sesión y explicarles qué es lo que se va a realizar.  Aplicar escala evaluativa del estadio de cambio (caritas).  Se les pregunta sobre las metas que se propusieron en la sesión pasada. En caso de no haber podido realizar nada de lo propuesto se le pregunta: " ¿Qué cree que le puedo sabotear el realizar su meta? ¿Siente que le ha servido plantearse metas en cada sesión? ¿Por qué?"  Se observa si todavía tiene el hilo rojo en la muñeca.  Para finalizar la apertura de la sesión se le hace un pequeño cierre en donde se motive a continuar y mantener esas metas que lograron.  <b>Actividades:</b> Pasar la escala evaluativa del estadio de cambio. Realizar preguntas correspondientes y evacuar dudas.  <b>Materiales:</b> Hoja con escala evaluativa del estadio de cambio (caritas).  <b>Duración:</b> 5 minutos  <b>Evaluación:</b> Todas logran comentar sobre los objetivos que se habían propuesto en la sesión anterior.</p>
<p><b>Exploración del problema</b>  <b>Objetivo:</b> Identificar la importancia de elegir alimentos saludables que se puedan utilizar en la modificación preparaciones rápidas y sencillas.</p>	<p>Explorar dudas de la sesión anterior y trabajar en ellas. Se les pregunta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se acuerda de lo que vimos en la sesión pasada? ¿Qué fue lo que vimos?</li> <li>• ¿Y qué causaba o qué era la raíz de esos padecimientos?</li> <li>• ¿Cómo se pueden evitar?</li> <li>• Se acuerda de la caja que decía " ¿y si hago cambios? " ¿qué beneficios habían adentro de ella?</li> </ul> <p>Se le indica: " <i>ok, muy bien, ya que sabemos que para evitar estas complicaciones es necesario llevar un estilo de vida saludable y una alimentación sana, balanceada y variada, entonces pregunto, usted cree que la comida rápida es saludable?....Ok, la comida rápida puede ser saludable o no, es ahí donde tenemos que diferenciar entonces dos términos que son comida rápida y comida chatarra..... La comida rápida es el estilo de alimentación donde el alimento se prepara, sirve y consume de forma rápida. Así como hay comidas rápidas poco saludables también podemos encontrar e inclusive preparar comidas rápidas pero saludables. Por otro lado, la comida chatarra se caracteriza por ser alimentos con alto contenido de grasas, sal, condimentos, azúcares y/o aditivos y preservantes. "</i></p> <p><i>"Según lo que usted me indicó en la primera sesión, usted suele consumir comidas chatarras con cierta frecuencia (se personaliza e indica que frecuencia presenta cada una de las pacientes), ¿entonces considera esta práctica como algo saludable? Entonces ¿porque lo consume de forma constante? "</i></p> <p>La mayoría va a justificarse por el tiempo, cansancio o por pereza a cocinar, entonces se les pregunta: " <i>...Ok, perfecto, entonces el tiempo es un factor que influye mucho.... En la primera sesión me había dicho que cuando llegaba a la casa después del trabajo disponía de ____ minutos para preparar las comidas o pasaba a comprar algo.... Usd cree que en ese tiempo podría realizar una preparación</i></p>



	<p><i>rápida, apetitosa y saludable en su casa? "</i></p> <p>Seguidamente se realiza la siguiente actividad:</p> <p><i>"ok, perfecto, entonces vamos hacer esta actividad... en esta hojita va anotar 4 ejemplos de cena que antes realizaba (antes de iniciar con el plan de alimentación), ya sea que usted los prepara o preparaba o que pasara comprando. Los ejemplos que vaya a poner deben de ser tanto para días entre semana como los fines de semana... (se les da el tiempo correspondiente) ...ok, ¿perfecto de lo que acaba de anotar cree que sea necesario modificar la receta o preparación o compra? ¿Porque? ¿Qué aporta o que nutrientes tienen esas preparaciones que anotó? ¿Alguna está en exceso? ".... Pues todas esas recetas se pueden modificar y hacer muchísimo más saludables y seguir disfrutándolas. ¿Pero entonces cómo lo podríamos hacer?, eso es lo que vamos a ver ahora... pero antes quisiera saber que tan confiada y anuente esta para realizar modificaciones en las preparaciones? ...Ok, perfecto esta hoja la vamos a poner por acá y ya casi la volvemos a retomar (es la hoja en donde anotó las opciones de cenas que suele o solía hacer. Esta hoja más adelante se va a utilizar como tarea para la próxima sesión).</i></p> <p><b>Actividades:</b> Se les hace preguntas reflexivas con la finalidad de que contesten y que se autoanalicen.</p> <p>Se le da una hojita con un cuadro que indique "4 ejemplos de cena" (detrás de esa hoja habrá otro cuadro en blanco con el mismo encabezado, pero con el título "mi versión saludable" Este otro cuadro se utilizará más adelante y se dejará como tarea para la próxima sesión).</p> <p><b>Materiales:</b> Lapiceros, hojas de colores impresas</p> <p><b>Duración:</b> 15 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Que todas participen contestando las preguntas y que logren reflexionar con las mismas. También que todas logren anotar ejemplos de cenas para que más adelante las puedan modificar.</p>
<p><b><u>Construcción de lo mejor viable</u></b></p> <p><b><u>Objetivo:</u></b> Identificar opciones de alimentos e ingredientes que se puedan utilizar para modificar preparaciones de forma rápida y sencilla, que la paciente pueda aplicar de forma saludable dentro de sus hábitos alimenticios.</p>	<p><b><u>Actividad de enseñanza con rotafolio:</u></b> con el apoyo un rotafolio titulado ¿Qué es lo que realmente estamos comiendo?, se compara el nivel calórico que presenta la comida chatarra y un casado nutricionalmente balanceado. Se les indica:</p> <p><i>"Vamos a ver este rotafolio que se llama "qué es lo que realmente estamos comiendo? ". Antes de dar inicio, en esta cartulina anoté el aporte de calorías que tiene su plan de alimentación, para que lo podamos ir comparando con los distintos alimentos que vayamos viendo.... Bueno primeramente pensemos en un casado... ¿cree usted que un casado es balanceado nutricionalmente? ¿Qué debería de llevar para que sea balanceado? ..., correcto entonces por ejemplo veamos esta imagen que es un casado balanceado con arroz, frijoles, carne, ensalada y picadillo de chayote, esto calóricamente equivale a 445 kcal/moneditas), mientras que usted en su plan tiene ____ moneditas, entonces nos sobran bastantes monedas para gastar en el transcurso del día.</i></p> <p><i>Pero ahora veamos esto (rotafolio):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>• Unas papas fritas de tamaño regular aportan 525 moneditas... más que el mismo casado. Y si analizamos, ¿qué nos está aportando mayormente? Correcto grasa, mientras que el casado nos da de todos los grupos de alimentos, vitaminas y minerales de forma balanceada.</i></li> <li><i>• Un refresco gaseoso aporta 200 kcal/moneditas de solo en azúcar. Y esto es solamente una bebida, no es la comida como tal.</i></li> <li><i>• Este combo de pollo frito con papas fritas y refresco aporta 1485 kcal/moneditas, lo cual se acerca bastante a lo calculado en su plan</i></li> </ul>

	<p><i>en todo el día, o sea ya le quedan pocas monedas para invertir en el transcurso del día.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>• Acá tenemos este otro combo de hamburguesa, papas fritas y refresco que aporta 1288 kcal aproximadamente.... ¿Cuánto aportaba el casado?, menos de la mitad verdad. Además, en un casado tenemos nutrientes importantes que van a nutrir nuestro cuerpo.</i></li> <li><i>• En este otro tenemos dos slices de pizza que no tienen ningún tipo de embutido, y son de masa delgada y solo queso, más el refresco, esto nos aporta aproximadamente 920 kcal/moneditas. Observemos que no tiene ningún tipo de embutido ni carne, porque si fuera así las moneditas serían más. Y veamos que también aporta más que el doble que un casado.</i></li> <li><i>• Acá tenemos unos nachos con queso, natilla, tortilla frita y carne, que en ocasiones se consume solo como una entrada o un aperitivo. Solo esto aporta 980 kcal/moneditas, que es prácticamente el doble de kcal que el casado.</i></li> </ul> <p><i>Ahora dígame, comparando todo esto con el casado, ¿qué nutre más? ¿Y qué la llena más? ¿Cuál hace invertir de mejor forma sus moneditas? ... Correcto, es importante recalcar que no solamente son las kcal que debemos de ver sino también el valor nutricional del alimento y los nutrientes necesarios que se necesitan en esta etapa de climaterio. ¿Algunos de estos alimentos presentan ingredientes que habíamos visto la vez pasada que aporten Ca y vitamina D? Correcto, no los tienen o al menos no están en la cantidad que el cuerpo los necesita... Ahora si vemos y analizamos detenidamente los ingredientes que pueden tener estas preparaciones, la mayor parte solamente aporta grasas saturadas y trans, que son grasas que nos perjudican la salud y que si las comemos en exceso nuestras arterias se van a ir poniendo como los tubitos que vimos en la sesión pasada, se empieza acumular grasa y más grasa y la luz de esa arteria se va disminuyendo hasta taparse.... ¿Pero ahora la pregunta está en cómo puedo modificarlo para hacerlo más saludable? .... Acá tenemos una hojita con varios alimentos que se pueden sustituir por otros más saludables, leámoslas para poder ahora hacer otra actividad de modificar recetas... (se les da el tiempo correspondiente y se evacuan las dudas necesarias) ... Ok, perfecto, ya sabiendo esto acá le traigo unas cartas con imágenes de comida rápida y chatarra para que usted vaya indicando como lo modificaría? (atrás de cada carta está la versión modificada más saludable. Entre las imágenes esta: hamburguesa, papas fritas, nachos/doraditas, chifrijo, pollo frito, burritos, pastas, tacos, casado poco balanceado con alto aporte de carbohidratos y grasas).</i></p> <p><i>Se les pregunta: ¿Hay alguna duda con respecto a lo que acabamos de ver? (Se evacuan preguntas y dudas con respecto al tema visto). Cerrar el capítulo de construcción con lo siguiente: "Podrá ser rápido de conseguir y de comprar, pero ese tiempo que se está ahorrando va a ser el tiempo que va a necesitar en el futuro para estar tomando medicamentos, estar yendo a citas médicas por complicaciones en la salud de forma constante y lo más importante que va a disminuir su tiempo de calidad de vida. "</i></p> <p><b>Actividades:</b> En una hoja se le anota en grande el valor calórico que aporta el plan de alimentación que se le calculó hace dos sesiones atrás a la paciente.</p> <p>Posteriormente se le muestra un rotafolio en donde se ejemplifica un casado nutricionalmente balanceado y su valor calórico. Con esto se le quiere hacer ver que ese valor calórico puede encajar perfectamente en su plan de alimentación saludable.</p> <p>Seguidamente se le explica el aporte calórico y de los pocos nutrientes que tienen los diferentes combos de comida chatarra. Para explicar el valor calórico se utilizan monedas de plástico. Cada combo también se compara con el aporte calórico que tiene el plan de alimentación de cada paciente.</p>
--	--

	<p>Después se le entrega a la paciente una hoja con un cuadro en donde se detallan alimentos e ingredientes altos en grasas, sodio y azúcares y en otra columna se muestran las opciones por las cuales se pueden sustituir para hacerlas más saludables. Una vez que se haya visto de forma detallada, se hace la actividad de cartas.</p> <p>Se le muestra a la paciente cartas con imágenes de comida chatarra, en donde ella con la ayuda de la hoja que se le dio anteriormente pueda ir modificándola. Por atrás de cada carta está la opción saludable de cómo se podría modificar. Conforme se vayan pasando las cartas se va a corroborar y dar más ideas con la información que vienen detrás de cada carta.</p> <p><b>Materiales:</b> Hoja con valor calórico del plan de alimentación de la paciente. Monedas de plástico que representan las calorías Rotafolio de comida chatarra. Hoja informativa de cómo se podría modificar ingredientes y preparaciones para hacerlas más saludables. Cartas de comida chatarra con información por atrás de cómo modificarla de forma saludable.</p> <p><b>Duración:</b> 25 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Participación, preguntas y respuestas espontáneas por parte de todos las pacientes.</p>
<p><b>Discusión</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Reconocer la verdadera importancia de realizar cambios y modificaciones en la alimentación que contribuyan a una alimentación y un estilo de vida más saludable.</p>	<p>Se le pregunta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ahora que vimos el rotafolio con todos esos alimentos altos en grasa, sodio y azúcar, ¿usted cree que vale la pena consumirlos?</i></li> <li>• <i>Usted cree que esos alimentos la llenen? ... Pueda que la llenen un ratito, pero luego va a tener mucha hambre y va a querer consumir alimentos simulares porque el cuerpo tiene como una memoria y tiende a buscar alimentos que aporten lo mismo que ya consumió, lo cual hace que sea como un ciclo vicioso.</i></li> <li>• <i>¿Cree que vale la pena invertir sus moneditas en ese tipo de alimentos? ... Además, hay que recordar que no es lo mismo una monita de 10 colones que una de 100 o de 500 que tiene más valor, lo mismo es con la calidad y valor de esas calorías.</i></li> <li>• <i>Entonces ya sabiendo que todas las preparaciones se pueden modificar, ¿qué cosas en su refrigerador que recuerde en este momento debería de cambiar o comprar de ahora en adelante?</i></li> <li>• <i>¿Si tuviera que hacer alguna de estas preparaciones cree que le tomaría mucho tiempo?</i></li> <li>• <i>¿Ya con esta información cómo se siente para poder aplicarla? ¿Cree que sea fácil o difícil de aplicar? ¿Por qué? ¿Cree que son opciones aplicables tanto para usted como para el resto de los miembros de su familia?</i></li> <li>• <i>Ahora que tiene estas opciones ¿qué barreras o limitaciones cree que se le puedan presentar? ¿Qué solución le podría dar usted a esas barreras?</i></li> </ul> <p><b>Actividades:</b> Se realiza una conversación fluida, en la cual ellas aporten comentarios e indiquen cómo se sintieron con toda la información brindada. Logran hacer análisis profundo sobre su condición y cambios que deberían de realizar de hoy en adelante.</p> <p><b>Materiales:</b> ninguno</p> <p><b>Duración:</b> 10 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Todas logran ver la importancia y participan activamente en la conversación.</p>

<p><b><u>Síntesis de lo aprendido en la sesión y establecimiento de metas</u></b></p> <p><b>Objetivo:</b> Realizar una síntesis sobre la sesión y proponerse al menos 2 metas concretas, alcanzables y realistas para la siguiente sesión.</p>	<p>Se le pregunta: <i>¿Qué le pareció la sesión de hoy? ¿Qué se lleva de ella?</i></p> <p>Establecimiento de metas realistas y específicas. Se le recalca que deben ser específicas y que realmente crean que las puedan realizar.</p> <p>Se le dice: <i>"Igual que en la sesión anterior vamos a terminar proponiéndose metas a cumplir, no importa si son pequeñas, lo que importa es que lo puedan cumplir y mantenerlas.... el conocimiento debe volverse un hábito, donde usted es responsable y nada ocurre si no se lo propone, yo y cualquier nutricionista somos unas guías, para ayudarla en el proceso, pero la que hacer el cambio y tomar la responsabilidad por su salud, es usted."</i></p> <p>Se realiza pesaje y toma de medidas antropométricas.</p> <p>Se le deja de tarea el cuadro que lleno al principio (en la etapa de exploración) en donde deberá llenar y modificar las cenas que propuso y traerlas para la próxima sesión.</p> <p><b>Actividades:</b> La paciente comenta lo que sintió en esta sesión y lo que se lleva con ella para empezar a realizar el cambio.</p> <p><b>Materiales:</b> Papel, Lapiceros, Bascula, Cinta métrica, Cinta de color rojo</p> <p><b>Duración:</b> 10 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Todas logran descubrir aspectos positivos del cambio, comentan como se sintieron con la sesión y se establecen metas en el contrato de salud.</p>
--	--

### Programación Didáctica - SESIÓN 5. Consulta individualizada

**Tema:** ¿Qué me dicen los productos que compro?

**Problema:** Las pacientes después de conocer sobre cómo realizar la modificación de recetas, les surge la curiosidad de saber si los ingredientes y/o alimentos empacados que están comprando son beneficiosos o no para su salud. A sabiendas de este desconocimiento, en esta sesión se decide educar en cuanto a la lectura de etiquetado nutricional, la cual les permitirá tomar mejores decisiones de compra en pro de su salud.

**Objetivo general de la sesión:** Brindar las herramientas necesarias para la lectura de etiquetas nutricionales, de una forma sencilla y rápida de aplicar día a día, el cual contribuya al proceso de cambio en su estilo de vida durante esta etapa.

**Grupo al que se dirige:** 15 mujeres entre las edades de 45 a 55 años en etapa de climaterio.

Objetivos de Aprendizaje	SESION 5
<p><b>Apertura/encuadre</b>  <b>Objetivo:</b> Conocer la estructura de la sesión y motivarse a continuar con el cambio.</p>	<p><b>Contenido:</b> Dar bienvenida y realizar el encuadre de la sesión y explicarles qué es lo que se va a realizar.  Aplicar escala evaluativa del estadio de cambio (caritas).  Se le pregunta cómo le fue con las metas propuestas en la sesión anterior. En caso de no haber podido realizar nada de lo propuesto se le pregunta: <i>“¿Qué cree que la puedo sabotear? ¿Cómo cree que podría mejorar esa situación?”</i>  Se revisa la tarea que se dejó en la sesión pasada y se le pregunta: <i>¿le costó mucho aplicarlo?, ¿Cuánto tiempo le tomó?, ¿preparó alguna de estas opciones que anotó? ¿Le gustó hacer el cambio? ¿Cómo se sintió con esto?</i>  Se observa si todavía tiene el hilo rojo en la muñeca.  Para finalizar la apertura de la sesión se le hace un pequeño cierre en donde se motive a continuar y mantener esas metas que lograron; se les dice: <i>“Bueno veamos todo lo que ha logrado, lo importante es tratar de hacerlo y hacerlo de la mejor forma, así como dice el dicho... despacio pero con buena letra... ahora lo que debe hacer es agregar unos cuantos granitos de arena para ir mejorando su salud día a día.”</i>  <b>Actividades:</b> Pasar la escala evaluativa del estadio de cambio.  Realizar preguntas correspondientes, evacuar dudas y revisar la tarea que se dejó en la sesión pasada.  <b>Materiales:</b> Hoja con escala evaluativa del estadio de cambio (caritas).  <b>Duración:</b> 5 minutos  <b>Evaluación:</b> Todas logran comentar sobre los objetivos que se habían propuesto en la sesión anterior y expresar como se han sentido con el proceso.</p>
<p><b>Exploración del problema</b>  <b>Objetivo:</b> Identificar la importancia de saber leer una etiqueta nutricional, para elegir alimentos saludables de una forma rápida y sencilla.</p>	<p><b>Contenido:</b> Explorar dudas de la sesión anterior y trabajar en ellas. Se les pregunta: <i>¿Se acuerda de lo que vimos en la sesión pasada? ¿Qué fue lo que vimos? ¿Pudo hacer compras nuevas para cambiar lo que ya tenía? ¿En qué se basó para hacer esas compras?</i>  En cuanto a la sesión de hoy se abre el paso y se le pregunta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Sabe lo que es una etiqueta nutricional? ¿Qué información debe de tener?</li> <li>• ¿Cree que todos los alimentos deberían de tenerlo?</li> <li>• ¿Ha tratado de leerla alguna vez?</li> <li>• ¿Cree que sea necesario conocer esa información? ¿Por qué?</li> </ul>

	<p>Se continúa diciendo:  <i>Ok, perfecto, vamos a hacer esta pequeña actividad, va a llenar esta hojita en donde usted va a colocar un porcentaje (número) a las características que aquí se encuentran (feliz/contenta, saludable, motivada, fuerte e independiente). El porcentaje que usted vaya a poner es el porcentaje con la cuál usted se siente con más o menor cantidad en este momento y todo debe sumar un 100%.</i>          Se le da el tiempo necesario a la paciente y se observan gestos y comentarios que realice durante esta actividad.          Al finalizar la actividad se le comenta: <i>"ok, perfecto, todos tenemos características diferentes, unas en mayor o menor cantidad que otras.... Lo mismo sucede con los alimentos y la forma en que se preparan y /o venden.... Algunos tienen mayor o menor cantidad de ya sea carbohidratos, grasas y/o proteínas.... Así como usted se describió, los alimentos también se describen a sí mismos, esa descripción para ellos se llama "etiquetado nutricional".... La etiqueta nutricional es una herramienta útil para saber más de la composición de los alimentos, por lo tanto, tiene como objetivo informarnos sobre las propiedades nutricionales.... Esta debe incluir información sobre las calorías, grasas, carbohidratos, azúcares, fibra, proteínas y sal.</i>  <i>Con esto nos permite poder diferenciar entre un producto y otro, y poder elegir la mejor opción que se adecue a nuestras necesidades. Ahora imaginemos que todos tuviéramos esta hoja pegada en nuestra frente, el cual nos hace ver las características de la persona.... Usted pasaría tiempo con personas cuyas características digan: ¿triste, desanimada, perezosa, poco saludable, dependiente? .... verdad que no sería como que muy saludable para nosotros tampoco estar rodeadas de personas que en vez de hacernos sentir bien nos hagan sentir peor y/o más triste... lo mismo pasa con los alimentos que compramos, si leemos una etiqueta nutricional y nos dice que tiene grasas no saludables (saturadas, trans), mucha azúcar, poca fibra, mucha sal.... También nos está afectando la salud y disminuyendo nuestra calidad de vida.....Entonces es necesario saber cómo leer una etiqueta nutricional, para saber qué es lo que estamos comiendo y darle a nuestro cuerpo los nutrientes que necesitan, tanto en calidad como en cantidad.</i>          Al finalizar esta analogía se les pregunta si hay alguna duda con respecto a la explicación/información brindada.  <b>Actividades:</b> Se les hace preguntas reflexivas con la finalidad de que contesten y que se autoanalicen.          Se le da una hojita con un cuadro que indica características positivas, con las cuales deben de colocar un porcentaje que las identifique en este momento. Este cuadro tiene la estructura similar a una etiqueta nutricional.          Se les explica por medio de la analogía que es una etiqueta nutricional.  <b>Materiales:</b> Lapiceros          Hoja impresa con estructura de una etiqueta nutricional, pero con las características positivas que caractericen a la paciente y que ella pueda colocar el porcentaje del cual esta "compuesta"  <b>Duración:</b> 15 minutos  <b>Evaluación:</b> Que todas participen contestando las preguntas y que logren reflexionar con las mismas. También que todas logren caracterizarse con aspectos positivos con porcentajes que sumen un 100%.</p>
<p><b><u>Construcción de lo mejor viable</u></b>  <b><u>Objetivo:</u></b> Aprender a realizar una lectura de etiquetado</p>	<p><b>Contenido:</b> Después de la exploración se continua con la construcción del aprendizaje, en donde se recurre a un biombo de tamaño mediano, el cual tendrá impreso una etiqueta nutricional y en puntos estratégicos espacios con velcro para pegar flechas que van a ir explicando paso a paso como ir leyendo la etiqueta nutricional.          Antes de dar la explicación de cómo leer la etiqueta nutricional, se les pregunta lo siguiente:  <i>"Ok, antes de dar inicio, ¿quisiera saber si se acuerda de la sesión en la que vimos qué función e importancia tenían los carbohidratos,</i></p>

<p>nutricional, donde se identifique el aporte de macronutrientes y micronutrientes de cada alimento y que esto llegue a ser un beneficio que contribuya a un estilo de vida saludable.</p>	<p><i>grasas, proteínas, vitaminas y minerales en el cuerpo? .... (se le da tiempo a la paciente para que recuerde. De necesitar ayudar se le dan pistas, pero no se le da la respuesta) ... Correcto, ¿y qué pasaba cuando los consumíamos en exceso? .... exacto, nos va a perjudicar en la salud, es por eso la importancia de conocer qué es lo que estamos comiendo. Esos mismos nutrientes que vimos, son los que vamos a buscar en la etiqueta nutricional.... Bueno, veamos cómo se lee una etiqueta nutricional..."</i></p> <p>Se le explicará a la paciente la etiqueta nutricional en el siguiente orden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partes que incluye el etiquetado nutricional (peso, ingredientes, fecha de vencimiento, lote, descripción nutricional...), junto con la importancia de estos.</li> <li>2. Tamaño que contiene el producto y porción que contiene el paquete.</li> <li>3. Calorías por porción (kcal)</li> <li>4. Aporte de carbohidratos, azúcares, fibra por porción (se le explica la diferencia entre cada uno de ellos)</li> <li>5. Aporte de grasas (se le explica sobre las grasas saturadas y trans)</li> <li>6. Aporte de proteínas</li> <li>7. Aporte de vitaminas (con enfoque en el mineral calcio y hierro).</li> </ol> <p>Las cantidades a las que equivale una porción de grasa, carbohidratos, proteínas y minerales, se detallan en un panfleto que se le da a la paciente durante la explicación con el biombo. En este mismo panfleto, también viene detallada toda la explicación sobre los pasos para leer una etiqueta nutricional. Este panfleto se diseña de forma colorida, sencilla y resumida para que se le facilite.</p> <p>A la paciente se le explica el aporte de los macronutrientes con sobres de azúcar (carbohidratos), bolitas de grasa (grasas) y bolsitas de sal (sodio). Los micronutrientes calcio y hierro se explicarán por medio de porcentajes y no gramos.</p> <p>Una vez terminado esto, se realiza la actividad llamada <u>"El malo y el bueno"</u>, el cual es un rotafolio, que presenta dos versiones de un alimento de origen similar con sus diferentes etiquetas nutricionales. Acá la paciente deberá leer la etiqueta e indicar cuál es la mejor opción según los nutrientes que aporta. Para esto, la paciente conforme vaya leyendo irá indicando con la ayuda de tazas medidoras, bolsitas de azúcar, sal y bolitas de grasa, cuánto aporta ese alimento en específico.</p> <p>Entre los alimentos que se incluyen están:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bebida natural light vrs bebida natural regular</li> <li>• Cereal azucarado vrs cereal no azucarado</li> <li>• Galletas saladas bajas en sodio vrs galletas saladas altas en sodio</li> <li>• Galletas dulces endulzadas con edulcorante vrs galletas dulces de relleno regulares.</li> <li>• Helado regular vrs helado light</li> <li>• Yogurt light vrs yogurt regular</li> <li>• Chocolate regular de leche vrs chocolate amargo.</li> </ul>
---	---

	<p>Para finalizar esta etapa se le pregunta a la paciente si tiene alguna duda con respecto a lo aprendido.</p> <p><b>Actividades:</b> Se le explicará cómo leer una etiqueta nutricional con la ayuda de un biombo y un panfleto informativo. En este panfleto también se detallan los pasos a seguir para la lectura correspondiente de los macro y micronutrientes.</p> <p>Se le explica de forma detenida y se van evacuando dudas conforme se vaya avanzando.</p> <p>Se le explica que cada bolita de grasa equivale a 5g, una bolsita de azúcar 5g, y una bolsita de sal 1g. Con el fin de que pueda utilizarlas en la actividad siguiente del <u>"el bueno y el malo"</u>, el cual consiste en que la paciente lea e identifique el aporte de grasa, azúcar y sodio de cada etiqueta del alimento que se le muestra.</p> <p>Se evacuan dudas con respecto a esta explicación.</p> <p><b>Materiales:</b> Biombo de etiquetado nutricional.</p> <p>Panfleto informativo de cómo leer una etiqueta nutricional, Bolitas de grasa, bolsitas de azúcar, sal y tazas medidoras. Productos con su etiqueta nutricional en donde se compara con otro producto de origen similar, pero con diferencia nutricional significativa.</p> <p><b>Duración:</b> 25 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Participación, preguntas y respuestas espontáneas por parte de todas las pacientes.</p>
<p><b>Discusión</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Reconocer la verdadera importancia de saber cómo leer una etiqueta nutricional para que esto facilite la elección y compra de productos que benefician la salud de la mujer durante la etapa del climaterio.</p>	<p><b>Contenido:</b> <u>Se le pregunta a la paciente lo siguiente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se imagina comiendo esa cantidad de azúcar, sal y grasa de esos alimentos que no son tan buenos para nuestra salud?</li> <li>• Ahora que sabe cómo leer una etiqueta nutricional, ¿cómo ve la información? ¿Cree que es aplicable? ¿Piensa que se le puede facilitar o no? ¿Por qué?</li> <li>• ¿Cree que es una ventaja o un beneficio para usted conocer esta información? ¿En qué le beneficiaría?</li> <li>• ¿Cree que esta información le pueda ayudar a complementarse con todo lo que hemos visto a lo largo de estas sesiones?</li> <li>• De los alimentos que vio ahora, que aportan grandes cantidades de grasa, azúcar y sal, ¿los compra o los tiene en su casa en este momento? Los seguirá comprando, ¿por qué? ¿Por cuál otra opción podría sustituirla?</li> <li>• ¿Cómo cree que estaría mi organismo o el suyo si la alimentación se basara solamente en este tipo de alimentos altos en grasa, azúcar y sal? ¿Cómo estaría mi corazón, mis arterias... que enfermedades tendría?</li> <li>• ¿Ya que tiene las herramientas para saber cómo leer etiquetas, cuénteme, pagaría dinero por perjudicar su salud, solo por omitir o no querer leer la etiqueta nutricional? ¿Vale la pena o no aplicarlo?</li> <li>• ¿Conocer esto le beneficiaría solo a usted? ¿A quién más le podría servir? En su hogar, ¿familia?</li> </ul> <p>Se cierra esta etapa de discusión comentándole a la paciente:</p> <p><i>"Al principio puede que tome un poco más de tiempo, pero si saca ese tiempo ya va a saber qué productos comprar más adelante. Y si sale un producto nuevo ya tendrá las herramientas para saber qué es lo que contiene. Ya después se vuelve un hábito y se le irá facilitando cada vez más".</i></p> <p><b>Actividades:</b> Se realiza una conversación fluida, en la cual ellas aporten comentarios e indiquen cómo se sintieron con toda la información brindada.</p>



	<p>Logran hacer análisis profundo sobre su condición y cambios que deberían de realizar de hoy en adelante.</p> <p><b>Materiales:</b> ninguno</p> <p><b>Duración:</b> 10 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Todas logran ver la importancia y participan activamente en la conversación.</p>
<p><b><u>Síntesis de lo aprendido en la sesión y establecimiento de metas</u></b></p> <p><b>Objetivo:</b> Realizar una síntesis sobre la sesión y proponerse al menos 2 metas concretas, alcanzables y realistas para la siguiente sesión.</p>	<p><b>Contenido:</b> Se le pregunta: <i>¿Qué le pareció la sesión de hoy? ¿Qué se lleva de ella?</i></p> <p>Establecimiento de metas realistas y específicas. Se le recalca que deben ser específicas y que realmente crean que las puedan realizar.</p> <p>Se realiza pesaje y toma de medidas antropométricas.</p> <p>Modificación en plan de alimentación de ser necesario.</p> <p>Se le deja de tarea traer 2 o 3 productos que usualmente consume o consumía, para que realice la lectura de su etiqueta nutricional y lo comente en la próxima sesión.</p> <p><b>Actividades:</b> La paciente comenta lo que sintió en esta sesión y lo que se lleva con ella para empezar a realizar el cambio.</p> <p><b>Materiales:</b> Papel, Lapiceros, Bascula, Cinta métrica</p> <p><b>Duración:</b> 10 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Todas logran descubrir aspectos positivos del cambio, comentan como se sintieron con la sesión y se establecen metas en el contrato de salud.</p>

### Programación Didáctica - SESIÓN 6. Consulta individualizada

**Tema:** ¿Qué más necesito para mejora mi salud?

**Problema:** A lo largo de las sesiones las pacientes han demostrado conocer e ir aplicando poco a poco las herramientas que se les ha brindado. Sin embargo el aspecto de actividad física/ejercicio es lo que más se les ha dificultado en aplicar a lo largo de las intervenciones. Ellas cuentan con conocimiento base sobre sus beneficios, pero la mayor parte de ellas no lo ha incorporado dentro de los cambios que han implementado hasta el momento.

**Objetivo general de la sesión:** Promover el ejercicio como pieza importante para el cambio y beneficio de la salud, donde derriben las excusas/barreras que les impiden incorporarlo dentro de su rutina diaria en esta etapa del climaterio.

**Grupo al que se dirige:** 15 mujeres entre las edades de 45 a 55 años en etapa de climaterio.

Objetivos de Aprendizaje	SESION 6
<p><b>Apertura/encuadre</b>  <b>Objetivo:</b> Conocer la estructura de la sesión y motivarse a continuar con el cambio.</p>	<p><b>Contenido:</b> Dar bienvenida, realizar el encuadre de la sesión y explicarles qué es lo que se va a realizar.  Aplicar escala evaluativa del estadio de cambio (caritas).  Se le pregunta cómo le fue con las metas propuestas en la sesión anterior. En caso de no haber podido realizar nada de lo propuesto se le pregunta: <i>“¿Qué cree que la puedo sabotear? ¿Cómo cree que podría mejorar esa situación? Y si logro realzar motivar a que continúe adelante.</i>  Preguntar: <i>¿cómo se ha sentido durante todo este proceso? Y para cerrar esta etapa de apertura, se le dice: “durante todo este proceso ha realizado muchos cambios, y aún se está en el proceso para seguir mejorando... Sean cambios pequeños o grandes son grandes logros y usted debe sentirse muy orgullosa por todo lo que alcanzado.”</i>  Se observa si todavía tiene el hilo rojo en la muñeca.  <b>Actividades:</b> Pasar la escala evaluativa del estadio de cambio. Realizar preguntas correspondientes.  <b>Materiales:</b> Hoja con escala evaluativa del estadio de cambio (caritas).  <b>Duración:</b> 5 minutos  <b>Evaluación:</b> Todas logran comentar sobre los objetivos que se habían propuesto en la sesión anterior y expresar como se han sentido con el proceso.</p>
<p><b>Exploración del problema</b>  <b>Objetivo:</b> Identificar la importancia de realizar ejercicio para contribuir a un estilo de vida saludable y evitar complicaciones de salud.</p>	<p><b>Contenido:</b> Explorar dudas de la sesión anterior, trabajar en ellas y revisar la tarea que se había dejado en la sesión anterior, en donde se comenta las etiquetas nutricionales que ella trae consigo y se le pregunta: <i>“se le hizo fácil leer las etiquetas?, ¿Le tomo mucho tiempo?, ¿Qué productos le llamaron la atención sobre su contenido?, ¿qué tan útil ha sido para usted? ”</i>  Después de abordar aspectos de la sesión anterior se le dice lo siguiente:  <i>“Ok, antes de dar inicio con la temática de esta sesión, vamos a armar este rompecabezas... (se le da tiempo prudencial) .... ¿Qué pieza significa cada una de estas piezas?, descríbalas. ¿Cuál pieza está haciendo falta? ...Correcto, falta la pieza del ejercicio, sin ella nuestro cuerpo que es como un rompecabezas estaría incompleto y dejaría un huequito que desestabiliza el rompecabezas y a nivel de salud daría pie a complicaciones de salud como las que hemos visto y mencionado a lo largo de todas las sesiones... usted que ha está construyendo su rompecabezas, ¿cree está pieza le está haciendo falta? ¿Por qué? ”</i>  Posteriormente se le pregunta:  <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Para usted qué significa el ejercicio?</li> </ul> </p>

- ¿Del 1 al 10 que tan importante es para usted el ejercicio?
- De lo que hemos visto en sesiones anteriores y de los conocimientos que usted ya tiene, ¿qué beneficios cree que se asocian a realizar ejercicio?
- ¿Cree que sea una pieza fundamental para seguir alcanzando sus metas?
- En esta etapa de climaterio en que se encuentra, ¿qué beneficios le traerían?

Se continúa diciendo: *“correcto, el ejercicio trae múltiples beneficios a la salud y más en esta etapa... nuestro cuerpo viene siendo como un carro, en donde a un carro le podemos dar el mejor mantenimiento, limpieza por dentro y por fuera, gastamos en invertir en una buena gasolina y aceite, pero si nunca lo echamos a andar y lo tenemos ahí guardado en la cochera, como se pondría ese carro? ... exacto, todo el tiempo y la inversión que se realizó se van a ver desperdiciada por no hacer que ese carro ande por las calles.... ¿No cree que esto sucede igual con nuestro cuerpo, donde la mejor calidad de aceite y gasolina viene siendo esa buena alimentación que se está llevando...pero si lo dejamos ahí varado y no lo echamos a andar haciendo ejercicio como estaría nuestro cuerpo? ”*

Después de esa analogía se continua con la siguiente actividad:

*¿Sabe usted cuál es la diferencia entre actividad física, ejercicio y deporte?... (Dar tiempo para que la paciente analice y trate de encontrar la diferencia) ...Ok, entonces antes de saber cuál es la diferencia entre ellos, usted va a clasificar estas actividades según usted considere si son actividad física, ejercicio o deporte....*

Se le enseña imágenes con diferentes actividades, ella trata de clasificarlos. Una vez que termina se le explica la diferencia entre actividad física, ejercicio y deporte. Al final de la explicación ella misma va a volver a ver su clasificación de actividades y va a tratar de corregir las que posiblemente haya clasificado de otra forma.

**Actividades:** Evacuar dudas y revisar la tarea que se dejó en la sesión pasada.

Se realiza la actividad de rompecabezas en donde ella lo va a armar y cuando ya va finalizando se va a percatar de que está faltando una pieza y ella debe identificar cual es esa pieza que falta, la cual sería el ejercicio y se le hace las preguntas correspondientes.

Se les hace preguntas reflexivas con la finalidad de que contesten y que se autoanalicen.

Se les explica por medio de la analogía de un automóvil la importancia de realizar actividad física/ejercicio.

Se realiza la actividad para diferenciar entre actividad física, ejercicio y deporte, en donde ella tratará de clasificar según su criterio las imágenes a las que corresponda cada término. Posteriormente se le explica las definiciones y diferencias entre los términos y se le pregunta nuevamente que si ya sabiendo esta información considera que las imágenes que clasificó debería de estar diferente y de ser así que las corrija. Se le orienta a la paciente, pero no se le da la respuesta.

**Materiales:** Lapiceros, rompecabezas, donde cada pieza representa una imagen sobre estilo de vida saludable durante la etapa del climaterio. Las imágenes de las actividades están mezcladas y entre ellas están el subir gradas, limpiar/sacudir la casa, trapear, barrer,

	<p>bañar/sacar al perro, trapear, pilates, yoga, andar en bicicleta, salir a caminar, zumba, gimnasio, bailar, natación, futbol, ballet, voleibol</p> <p><b>Duración:</b> 15 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Que todas participen contestando las preguntas y que logren reflexionar con las mismas.</p>
<p><b><u>Construcción de lo mejor viable</u></b></p> <p><b><u>Objetivo:</u></b></p> <p>Comprender la importancia de realizar ejercicio y cómo este puede incluirse en la rutina diaria convirtiéndola en un hábito.</p>	<p>Después de la exploración se continua con la construcción del aprendizaje, en donde le pregunta:</p> <p><i>¿Alguna vez se ha preguntado cuánto ejercicio es el recomendado o la cantidad que usted debería de hacer en esta etapa del climaterio? ¿Cuánto tiempo cree que sea? ¿Cree que debería estar haciendo algo en específico para lograrlo? ¿Qué cosa? ... Como regla fundamental el ejercicio que se debe de realizar es aquel que usted le gusta, el que disfrute hacer, el que la motive a mantenerse en la rutina, por ejemplo, ¿si a mí no me gusta ir al gimnasio y estoy yendo como cree que me sienta? ¿Cree que lo voy a mantener de forma constante?... no verdad, porque el hacer algo que uno no le gusta no es gratificante y nos vamos a terminar aburriendo, es como por ejemplo personas que empiezan a estudiar carreras universitarias porque piensan que esas les van a dejar más dinero pero que en realidad no les gusta, que pasa con ellos? Generalmente terminan abandonado la carrera o dando un mínimo esfuerzo...En esta etapa del climaterio no hay un número exacto de tiempo a realizar ejercicio, pero si se sabe que para obtener beneficios en la salud y evitar complicaciones como las que hemos visto, se debería de realizar al menos 30 a 45 min al día....Ahora si hacemos la actividad que más nos gusta ese tiempo pasa rapidísimo, pero si estamos haciendo algo que no nos llama la atención cómo cree que pasaría el tiempo?...lento, muy lento y se estaría más pendiente en el tiempo que queda para terminar en vez de pensar "ojalá que el tiempo pase lento".</i></p> <p><i>Ahora pongámonos a pensar ¿Qué son 30 a 45 min? ¿No es un tiempo similar el que invertimos en el teléfono celular, o viendo televisión? O inclusive le dedicamos más tiempo a este tipo de actividades que nos hacen más sedentarios.</i></p> <p><i>Si llevamos una alimentación saludable y hacemos ejercicio logramos hacer un balance entre las calorías/energía de los alimentos que consumimos y con la energía que gastamos. Pero qué pasa si comemos comida chatarra de forma constante y consumimos ese montón de calorías y no hacemos ejercicio, ¿cómo estaría nuestro cuerpo?... correcto aumentamos de peso, y nos sentiríamos más cansadas, con dificultad de movernos, las arterias estarían llenas de grasa, dolor en las articulaciones y todas las complicaciones que ya hemos visto.... Entonces para que tengamos una idea de la alimentación poco saludable vrs ejercicio, hagamos esta actividad. Le voy a ir enseñando unas imágenes de comidas chatarra y usted va a tratar de adivinar qué cantidad (tiempo) de ejercicio se necesitaría hacer para quemar ese alimento en específico:</i></p> <p><i>1 hamburguesa= 60 min de cardio</i></p> <p><i>papas fritas pequeñas= 40 min de cardio</i></p> <p><i>3 piezas medianas de nuggets= 75 min de cardio</i></p> <p><i>1 tajada pizza delgada = 25 min de cardio</i></p> <p><i>1 barrita mediana de chocolate = 30 min de cardio</i></p> <p><i>1 lata de refresco gaseoso= 20 min de cardio</i></p> <p><i>1 paq de papas tostadas = 25 min de cardio</i></p> <p><i>1 tajada de queque de chocolate = 45 min de cardio</i></p> <p><i>1 cerveza (lata) = 25 a 30 min de cardio</i></p> <p><i>1 pancito dulce pequeño = 45 min de cardio</i></p>

*¿Qué vemos con esto?... correcto, hay alimentos que realmente por su valor calórico, pueden sabotear nuestros objetivos alimenticios y sabotearnos aún más si no hacemos ejercicio para compensarlo.... Hagamos esta actividad que se llama "factura alimentación vrs ejercicio", en donde usted le va a ayudar a Rosita, quien es una señora que no ha hecho cambios en su estilo de vida. Debe calcular la factura de Rosita y sacar la cantidad de ejercicio que equivale a lo que comió en todo el día de hoy. (paciente se apoyará con las imágenes anteriores).*

Almuerzo:

	\$ de tiempo ejercicio
• 1 hamburguesa	\$ _____
• papas fritas pequeñas	\$ _____
• refresco gaseoso	\$ _____

Merienda:

• Pancito dulce	\$ _____
• Fresco azucarado	\$ _____

Cena:

• 3 tajadas de pizza	\$ _____
• 2 cervezas	\$ _____
• 1 tajada de queque de chocolate	\$ _____

**TOTAL \$ \_\_\_\_\_**

Nota: precios no incluyen desayuno ni merienda de media mañana.

Seguidamente se le pregunta a la paciente:

- *¿Qué le parece esta factura?*
- *¿Con algún tiempo de comida de esa factura se sintió identificada, ya sea porque lo haya hecho o antes lo hacía con frecuencia?*
- *¿Cree que Rosita podría sacar todo ese tiempo para hacer ese ejercicio?*
- *¿Al sumar todo ese tiempo usted cree disponer de todo ese tiempo para hacer ejercicio?*
- *En cuanto alimentación y ejercicio, ¿qué recomendaciones le daría usted a Rosita?*
- *¿Si se come saludable cree que se tendría que invertir ese tiempo? Cuánto tiempo cree que tendría que dedicar al ejercicio si come saludable...correcto, hay que hacer ejercicio, pero el tiempo que tendría que dedicarle teniendo una alimentación saludable jamás sería esa cantidad de horas al día. Con 30 a 60 min diarios son suficientes. Y si no le da tiempo, esos 60 minutos se pueden fraccionar, por ejemplo, hacer 30 min en la mañana y 30 minutos en la tarde/noche cuando regresa del trabajo.*

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ya que vimos esto, ¿qué la está frenando a hacer ejercicio? ¿Cree que esas situaciones que usted me dice tienen solución? .... Ok, hagamos ahora esta actividad en donde usted va a tomar el papel de nutricionista, y yo voy a ser la paciente y le voy a poner varias excusas para no hacer ejercicio y usted me va a tener que dar algún tipo de recomendación o solución.</i></li> </ul> <p>Excusas (tarjetas y atrás viene una posible recomendación, no se le enseña ni sugiere a la paciente que hacer, al final actividad se comentan posibles opciones):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Es que ahora está lloviendo mucho</i></li> <li>• <i>Llego muy cansada, el sueño me gana</i></li> <li>• <i>Tengo que hacer oficio y no me da tiempo</i></li> <li>• <i>Es que estoy de vacaciones y es para descansar</i></li> <li>• <i>No puedo hacerlo porque mi rodilla me duele</i></li> <li>• <i>Es que qué pereza</i></li> <li>• <i>No me gusta ir al gimnasio</i></li> <li>• <i>Donde vivo no es seguro</i></li> <li>• <i>No puedo pagar clases de natación ni el gimnasio, el dinero no me da</i></li> <li>• <i>Tengo mala genética</i></li> <li>• <i>Paso de giras, de aquí y allá y no puedo.</i></li> </ul> <p>Se le dice: <i>Todas estas excusas son del día a día, pero porque no se pone un guante de box y derriba cada una de esas excusas que están perjudicando en su avance. ¿Usted me dio muchas soluciones que podría aplicar, entonces porque no aplicarlas usted? (bailar en la casa, salir a trotar/caminar, zumba, videos en casa, rutinas con el teléfono celular, rutina en casa con pesitas, ligas, ulaula, desempolvar esa bicicleta/caminadora que está guindando ropa, ir al centro recreativo de la institución los fines de semana, buscar grupos comunales o cerca de la casa en donde realicen ejercicio en grupo...)</i></p> <p><b>Actividades:</b> Preguntas reflexivas, silencios/pausas activas, para posteriormente hacer la actividad sobre adivinar cuánto tiempo se debería de invertir haciendo ejercicio si se come cierto alimento chatarra. Seguidamente se realiza la actividad de “factura alimentación vrs ejercicio”, donde ella con la ayuda de las imágenes que se le mostraron anteriormente saca el cálculo de cuántos minutos al día tendría que invertir.</p> <p>Se le realizan preguntas correspondientes al tiempo que se debe de invertir en el ejercicio y el por qué no ha implementado esto en su rutina diaria. A esto se hace la actividad “<i>cambio de roles</i>” donde la paciente tomará el rol de nutricionista y el nutricionista el papel de paciente, quien le menciona varias excusas para no hacer ejercicio, y la paciente con rol de nutricionista debe buscar solución, o recomendación a las excusas que se le digan.</p> <p>Al final se hacen preguntas relacionadas a esto que causen reflexión en la paciente y se desarrolle el cambio en ella hacia el ejercicio.</p> <p><b>Materiales:</b> Imágenes de comida chatarra con su valor en tiempo de ejercicio.  Calculadora  Machote de “factura alimentación vrs ejercicio”  Tarjetas con excusas y atrás de ellas posibles soluciones a esa excusa (no se le enseña ni sugiere a la paciente que hacer, al final actividad</p>
--	--

	<p>se comentan posibles opciones)</p> <p><b>Duración:</b> 25 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Participación, preguntas y respuestas espontáneas por parte de todas las pacientes.</p>
<p><b>Discusión</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Reconocer la verdadera importancia de realizar ejercicio a beneficio de su salud en esta etapa del climaterio.</p>	<p>Se le pregunta a la paciente lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>¿Todas las excusas que le dio la paciente en el cambio de roles tienen solución?</i></li> <li>• <i>De las excusas que le dijo la paciente ¿con cuál se sintió más identificada?</i></li> <li>• <i>¿Usted cree entonces que todos tenemos la posibilidad de sacar tiempo para hacer ejercicio?</i></li> <li>• <i>Cuando ha realizado ejercicio ¿cómo se siente después, tanto por dentro como por fuera? .... correcto uno se siente bien, puede sentirse cansada, pero es un cansancio diferente en donde uno se siente relajado a la vez e inclusive logra liberar el estrés del día, y también recordemos todos los beneficios internos que recibe el cuerpo, a nivel de corazón, arterias, músculos, articulaciones, respiración, mejora en la conciliación de sueño.</i></li> <li>• <i>¿No le gustaría sentirse así todos los días? ¿Entonces por qué no hacerlo todos los días?</i></li> <li>• <i>¿Cuál sería en este momento su motivación principal para incluir el ejercicio en su rutina de vida?</i></li> <li>• <i>De lo que hemos comentado ¿qué le gustaría hacer? ¿Cuánto tiempo le podría dedicar? ¿Cuándo empieza? (si la paciente dice otro día, se le pregunta, ¿Y porque no hoy? Y hacerle ver si es una excusa)</i></li> <li>• <i>Si no hace este cambio y no incorpora el ejercicio, ¿cómo se ve en 6 meses? Y si hace el cambio ¿cómo se ve en 6 meses? Descríbase ¿cómo se sentiría anímicamente, emocional y físicamente?</i></li> </ul> <p><b>Actividades:</b> Se realiza una conversación fluida, en la cual ellas aporten comentarios e indiquen cómo se sintieron con toda la información brindada.</p> <p>Logran hacer análisis profundo sobre su condición y cambios que deberían de realizar de hoy en adelante.</p> <p><b>Materiales:</b> ninguno</p> <p><b>Duración:</b> 10 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Todas logran ver la importancia y participan activamente en la conversación.</p>
<p><b>Síntesis de lo aprendido en la sesión y establecimiento de metas</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Realizar una síntesis sobre la sesión y proponerse al menos 2 metas concretas, alcanzables y</p>	<p>Se le pregunta: <i>¿Qué le pareció la sesión de hoy? ¿Qué se lleva de ella?</i></p> <p>Establecimiento de metas realistas y específicas. Se le recalca que deben ser específicas y que realmente crean que las puedan realizar.</p> <p>Se realiza pesaje y toma de medidas antropométricas.</p> <p>Modificación en plan de alimentación de ser necesario.</p> <p>Se les deja tarea, en donde se les da un calendario de actividad física. Este calendario deben llenarlo cada día, en donde deben de indicar qué tipo y cuánto tiempo de ejercicio hicieron. Si no realizaron, deben de anotar porque fue que no lo hicieron y cómo se sintieron al no hacerlo. Se les recalca la importancia en cuanto la sinceridad en llenar el calendario, en donde ella debe reflejarse a sí misma y anotar lo que en verdad hizo o no. Se le hace saber que este calendario no significa que tenga que hacer ejercicio todos los días y sin fallar, sino que el objetivo de esto es ir adoptando el ejercicio poco a poco como un estilo de vida, hasta que se vuelva un hábito y que se autoanalicen cada día. Este calendario deberán traerlo tanto a la próxima sesión como a la última sesión, para comentarla.</p> <p>Colocar hilo rojo si es que no lo tiene y recordarle su significado.</p>

realistas para la siguiente sesión.	<b>Actividades:</b> La paciente comenta lo que sintió en esta sesión y lo que se lleva con ella para empezar a realizar el cambio. <b>Materiales:</b> Papel, lapiceros, bascula, cinta métrica, calendario de actividad física, hilo rojo <b>Duración:</b> 10 minutos <b>Evaluación:</b> Todas logran descubrir aspectos positivos del cambio, comentan como se sintieron con la sesión y se establecen metas.
-------------------------------------	---

### Programación Didáctica - SESIÓN 7. Consulta individualizada

**Tema:** Para mí las vacaciones, días libres y actividades sociales significan...

**Problema:** las pacientes de esta institución que se encuentran en la etapa del climaterio, suelen disfrutar de varios días libres, vacaciones y actividades sociales, las cuales la mayoría de ellas siempre hacen referencia a esos descansos como “descansos para no seguir el estilo de vida adoptado”, por lo que aprovechan y hacen desajustes en la alimentación y rutina de ejercicios.

**Objetivo general de la sesión:** Brindar herramientas fáciles y sencillas que le permitan a la mujer en etapa de climaterio mantener en cualquier momento de sus vidas un estilo de vida saludable, sin que ellas lo vean como un sacrificio o “descanso” para omitir todos los conocimientos adquiridos.

**Grupo al que se dirige:** 15 mujeres entre las edades de 45 a 55 años en etapa de climaterio.

Objetivos de Aprendizaje	SESION 7
<b>Apertura/encuadre</b> <b>Objetivo:</b> Conocer la estructura de la sesión y motivarse a continuar con el cambio.	<b>Contenido:</b> Dar bienvenida, realizar el encuadre de la sesión y explicarles qué es lo que se va a realizar. Aplicar escala evaluativa del estadio de cambio (caritas). Se le pregunta cómo le fue con las metas propuestas en la sesión anterior en cuanto el ejercicio. Se comenta lo que lograron realizar y/o lo que se le dificultó, qué barreras o excusas surgieron. Preguntar cómo se ha sentido con todas las sesiones hasta el momento. Se le motiva a continuar y se les dice: <i>“Debe sentirse feliz y orgullosa, porque con cada cambio que hace se va acercando cada vez más y más a una vida más saludable... pueda que en ocasiones uno no vea cambios rápidos, pero cuando sienta esto, solamente recuerde el compararse con la persona que era usted hace unos meses atrás y verá los cambios significativos que ha alcanzado.”</i> Se observa si todavía tiene el hilo rojo en la muñeca. <b>Actividades:</b> Pasar la escala evaluativa del estadio de cambio. Realizar preguntas correspondientes. <b>Materiales:</b> Hoja con escala evaluativa del estadio de cambio (caritas). <b>Duración:</b> 5 minutos <b>Evaluación:</b> Todas logran comentar sobre los objetivos que se habían propuesto en la sesión anterior y expresar cómo se han sentido con el proceso.



<p><b><u>Exploración del problema</u></b> Identificar la importancia de seguir un estilo de vida saludable durante las vacaciones, días libres y/o actividades sociales.</p>	<p><b>Contenido:</b> Explorar dudas de la sesión anterior, trabajar en ellas y revisar la tarea que se había dejado en la sesión anterior, en donde se comenta el calendario de actividad física y se le dice a ella misma que explique cómo estuvieron sus 15 días para realizar ejercicio. Se le pregunta qué fue lo que sucedió en los días en que no logro realizar actividad física, e identificar si fueron excusas y que ella misma proponga como pudo haberlo solucionado. No se le da la respuesta, sino que ella misma interiorice e identifique que sí había solución para realizarlo. Posteriormente se le pregunta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>¿Cómo se sintió en los días que logró realizar ejercicio?</i></li> <li>• <i>¿Cree que pudo haber mejorado algo? qué cosa?</i></li> <li>• <i>¿Qué se propone para mejorar este calendario?</i></li> </ul> <p>Después de revisar la tarea se continúa preguntando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>En este último mes tuvo varios días de descanso (vacaciones), cómo describiría usted ese periodo de vacaciones en cuanto su alimentación y/o estilo de vida? (que describa detalladamente).</i></li> <li>• <i>¿Considera que las decisiones o cosas que hizo durante las vacaciones fueron las más idóneas? ¿Cree que pudo haber cambiado o mejorado algo? ¿Qué cosa?</i></li> <li>• <i>¿Si yo le digo “día de descanso” o “pecar” que se le viene a la mente?</i></li> <li>• <i>¿Considera que es algo malo? ¿Por qué?</i></li> <li>• <i>¿Qué aspectos o quienes considera usted que le hacen variar su rutina cuando está de vacaciones? (ya sea vacaciones de medio año, feriados, navidad o fin de año)</i></li> <li>• <i>¿Del 1 al 10 qué tanto influyen esas cosas o personas en cambiar de rumbo su estilo de vida y alimentación?</i></li> </ul> <p><b>Actividades:</b> Evacuar dudas y revisar la tarea que se dejó en la sesión pasada.  <b>Materiales:</b> ninguno  <b>Duración:</b> 15 minutos  <b>Evaluación:</b> Que todas participen contestando las preguntas y que logren reflexionar con las mismas.</p>
<p><b><u>Construcción de lo mejor viable</u></b> Visualizar el estilo de vida como un hábito</p>	<p><b>Contenido:</b> Después de la exploración se continua con la construcción del aprendizaje, donde con la ayuda de un rotafolio titulado “¿Debe variar mi estilo de vida durante mis días libres y/o vacaciones?”, se tratan diversos puntos sobre cómo establecer la rutina del día (programación) durante las vacaciones, días libres, feriados y/o actividades sociales. Dentro de lo que se le menciona a la paciente se destaca lo siguiente:</p>

<p>que deben disfrutar y no como un sacrificio en el cual se sientan atadas.</p>	<p><i>... No sé si se acuerda que en la primera sesión uno de los aspectos a mejorar era realizar las meriendas cada 2 a 3 horas... ya esto usted lo ha ido logrado y mejorando, sin embargo, en vacaciones, fines de semana y/o días libres se nos olvida y se nos van las horas sin comer y cuando comemos, terminamos comiendo lo primero que tengamos a la mano... y como qué cosas buscaba??.... correcto, chucherías.... Entonces veamos este rotafolio el cual nos puede dar ciertas ideas de cómo solucionar en cuanto las meriendas. Una de ellas es siempre tratar de que las meriendas incluyan ya sean fruta, semillas/nueces o lácteos, estas son algunas ideas (se le enseñan)...si analizamos estas son opciones fáciles de trasladar y de llevar en el bolso o en el carro, ya sea que se vaya a hacer un mandado o si se sale del país, porque cuando se sale de paseo en ocasiones no se encuentran muchas cosas, entonces porque no cargar con ellas? y así saber de antemano qué es lo que tengo que llevar...así se programa y no tiene que estar preocupada buscando qué comer o el no poder encontrarlo... Ahora si salimos de la casa, por ejemplo, si va a la playa y tiene que preparar alimentos, ¿cómo que opciones prepararía? .... bien, son buenas opciones... y dentro de esas opciones como las modificaría de forma sencilla y saludable? .... (Si logra responder se le dice:) veo que la sesión en donde vimos modificación de recetas le fue muy útil.... Ok, ¿y cómo manejaría usted si va a un hotel todo incluido? ...Bien, acá también podemos ver algunas opciones y tips importantes a tomar en cuenta en este caso:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1) No desesperarse, la comida no se va acabar... a veces las personas tienden a comer y comer con la mentalidad de "tengo que comer lo que pagué", ¿pero qué sentido tiene comer en forma desordenada y en grandes cantidades? ¿No cree que se podría enfermar y echar a perder sus vacaciones, con una indigestión, inflamación...? (pausa activa) .... ¿Y por qué comer ese montón de comida si son opciones que no me gustan tanto? (pausa activa) ...Se puede probar un poco de todo, pero caer en exceso ese es el problema.</i></li> <li><i>2) Porciones... Y como hacer con las porciones. Es un hecho que medir con tazas medidoras es un poco difícil cuando se está de vacaciones en otro sitio, ¿pero podríamos usar un "plato estándar" a que me refiero con esto? Me refiero a solamente utilizar un plato de tamaño mediado, en donde todo lo que se vaya a comer debe caber en ese plato, y sin que este sea una montaña de comida.... Acá la estrategia está en elegir primero lo que más le gusta... no tendría sentido llenarme con algún alimento que realmente no me gusta o no me llama la atención cuando hay otras opciones que de verdad si son de mi agrado.... También en ese plato hay que procurar que se divida de esta forma: la mitad ensalada y vegetales, un cuarto del plato de harinas y el otro cuarto la proteína/carne... pero como sabe usted si quiere repetir o no? Saber si ya está llena o no, ¿o si es solo por quiere repetir?... para eso podemos usar esta escala (se le muestra escala del 1 al 10) ... esta escala va a ser una escala imaginaria que usted se va hacer cada vez que se encuentre en esta situación de no saber si es o no hambre y para cuando saber si se está satisfecho. El número 1 representa un nivel de hambre "desgarrador" donde uno se siente mareado y como que si se fuera a descompensar. El número 5 representa un hambre regular, como esa hambre que le da uno antes de almorzar, un hambre tolerable. El 10 representa una llenura extrema en donde se comió tanto que la respiración es agitada, el sentarse es incómodo o incluso hay que acomodarse el botón del pantalón.... El número 5 es donde siempre deberíamos de empezar a comer y no esperar a que ese número baje más. Al comer deberíamos llegar a un 7 o un máximo de 8, el cual representa el sentirse bien, satisfecho, todavía poder moverme y respirar con normalidad. Ahora, ¿qué cree que pasa si llegamos con un nivel de hambre de 2 al almuerzo? ... (pausa activa) ... llegaríamos a comer y comer tanto hasta llegar a un nivel de 10... estaríamos cayendo en extremos, nos cuesta respirar e inclusive movernos. ¿Cómo cree que puede evitar el llegar a un nivel menor de 5? ... (silencio activo) ...haciendo meriendas, de ahí su importancia de hacerlas y no omitirlas.</i></li> <li><i>3) ¿Y los postres? .... porque no probarlo? Claro se puede probar, pero igual es el exceso el cual hay que evitar. No hay que satanizar</i></li> </ol>
--	--

*la comida, la comida es para disfrutarla. Igual a lo que mencionamos ahora, lo mejor es escoger el postre que realmente le guste y tratar de elegir que sean a base de frutas frescas o que estén endulzadas con sustituto. También existe la estrategia de comer con cubiertos pequeños porque así se come más despacio y se disfruta cada bocado. También una herramienta útil es el compartir los postres con alguien más.*

- 4) *Comer todo con cubiertos... esto nos permiten tomar nuestro tiempo y disfrutar cada bocado, al igual que los postres. Cuando comemos con las manos, nuestro bocado llega a ser más grande que lo que puede caber en un tenedor y no nos percatamos de la cantidad que estamos comiendo, por ejemplo, las pizzas, hamburguesas.... Esos cubiertos no tienen que estar en todo momento en sus manos, es recomendable ponerlo en la mesa y masticar tranquilamente y si esta con alguien llevar una conversación tranquila entre cada bocado.*
- 5) *¿Bebidas... qué puedo tomar? Cuando se está de vacaciones hay que mantenerse hidratado... con agua, frutas, infusiones, bebidas naturales...pero, ¿qué pasa con las bebidas alcohólicas?... no se debe de abusar de ellas...lo recomendable es evitar aquellas que contengan mucha azúcar, siropes, jugos procesados, como por ejemplo los cocteles.... ¿Qué se podría tomar? Quizás una cerveza light o una copita de vino e incluir una botella de agua completa justo después.*
- 6) *¿Y las entradas?... las famosas entradas, ya sea que uno las compre o ya se las coloquen en la mesa.... ¿Pero se ha puesto a pensar en porque comerlos si normalmente cuando se come no se suelen picar estas cosas? Todo lo que son panes, papas tostadas, piquitos, dips, salsas... no son necesarias. Si las traen a la mesa ¿qué podría hacer?... (pausa activa) ...pedirle al mesero que las retire, o si ya sabe que en ese lugar en específico lo dan, decirle al mesero de antemano no traerlas.*

Una vez finalizada la explicación con el rotafolio, se les pregunta a las pacientes si existe alguna duda con respecto a la información brindada y se evacuan.

Seguidamente se hace una actividad en donde en una bolsita se colocan imágenes y/o frases con diferentes opciones/actividades que se pueden hacer en vacaciones (incluyendo actividades que realizaron en sus vacaciones pasadas), entre ellas:

- Viaje fuera del país
- Salida con amigos
- Picnic/piscinas
- Carne asada con amigos
- Cumpleaños (varios en un mismo mes)
- Estar en la casa y estar haciendo mandados.
- Hotel, con solo el desayuno incluido.
- Acampar
- Giras a lugares alejados (de muchas horas)

**Actividades:** Se realizan preguntas reflexivas

Se realiza explicación con rotafolio con tips para manejar la alimentación durante las vacaciones, días libres, feriados y/o actividades sociales.

Se realiza actividad con imágenes de situaciones diferentes a las expuestas en el rotafolio, para que ellas analicen como podrían

	<p>modificar su(s) día(s) de vacaciones, libres o feriados.</p> <p><b>Materiales:</b> Rotafolio titulado " ¿Debe variar mi estilo de vida durante mis días libres y/o vacaciones? ", Escala del 1 al 10. Bolsita de papel con imágenes con diversas actividades que suelen hacer durante sus vacaciones, días libres o feriados y/o actividades sociales.</p> <p><b>Duración:</b> 25 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Participación, preguntas y respuestas espontáneas por parte de todas las pacientes.</p>
<p><b>Discusión</b></p> <p>Reconocer la verdadera importancia de seguir un estilo de vida saludable en cualquier momento de la vida, sin importar en que actividad o lugar se encuentre.</p>	<p><b>Contenido:</b> <u>Se le pregunta a la paciente lo siguiente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>De las actividades de vacaciones que vimos ¿cuál fue la última que hizo? ¿Cómo fue su rutina en esa ocasión? Ahora que tiene estas herramientas ¿qué cosas hubiese cambiado?</i></li> <li>• <i>¿Qué piensa de toda esta información? ¿Cree que le vaya a ser útil? ¿Por qué?</i></li> <li>• <i>¿Cree que hay algo o una situación que se le podría dificultar o complicar para realizarlo? ¿Por qué?</i></li> <li>• <i>¿Cree que exista alguna barrera o impedimento para que usted pueda aplicar esto en su vida?</i></li> <li>• <i>¿Qué importancia tiene esta sesión del día de hoy en su vida cotidiana?</i></li> <li>• <i>Al aplicar esta información, cree que le vaya a ser un plus para seguir alcanzando sus metas</i></li> </ul> <p>Se concluye la discusión con lo siguiente:</p> <p><i>"con esta información logramos ver que llevar un estilo de vida durante las vacaciones y/o días libres se puede mantener, aplicando estrategias sencillas para así seguir disfrutando. Entonces porque asociar estos días libres como "días de descanso" o "días de pecaditos"... No cree que al decir eso automáticamente lo estamos asociando a que un estilo de vida saludable es un sacrificio, y con todo lo que hemos visto a lo largo de las sesiones, esto no es así. ¿Qué piensa de esto? ...Todos los días deben ser días de descanso, un descanso saludable y no verlo como un sacrificio o una obligación... este cambio no se da la noche a la mañana, sino que debe ser algo gradual e ir adoptándolo como hábito, así como cuando nos enseñaron de pequeños a lavarnos los dientes, fuimos adoptando el hábito poco a poco, hasta ya llegar a lavarlos todos los días los dientes, entonces al igual que esto así debemos de aplicar un estilo de vida saludable. "</i></p> <p><b>Actividades:</b> Se realiza una conversación fluida, en la cual ellas aporten comentarios e indiquen cómo se sintieron con toda la información brindada. Logran hacer análisis profundo sobre su condición y cambios que deberían de realizar de hoy en adelante.</p> <p><b>Materiales:</b> ninguno</p> <p><b>Duración:</b> 10 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Todas logran ver la importancia y participan activamente en la conversación.</p>

<p><b><u>Síntesis de lo aprendido en la sesión y establecimiento de metas</u></b></p> <p>Realizar una síntesis sobre la sesión y proponerse metas concretas, alcanzables y realistas para la siguiente sesión.</p>	<p><b>Contenido:</b> Se le pregunta: <i>¿Qué le pareció la sesión de hoy? ¿Qué se lleva de ella?</i></p> <p>Establecimiento de metas realistas y específicas. Se le recalca que deben ser específicas y que realmente crean que las puedan realizar.</p> <p>Se realiza pesaje y toma de medidas antropométricas.</p> <p>Modificación en plan de alimentación de ser necesario.</p> <p>Se les deja tarea, la cual se divide en dos partes. La primera de ellas es donde ellas deben de planear sus próximas vacaciones, suponiendo que van a pasar 2 a 3 días fuera. Deben de planificar todos días tanto con su alimentación como opciones de cómo pueden hacer actividad física. Por otro lado, tiene como tarea autoanalizarse con la escala del 1 al 10 del hambre, durante una semana, en donde anoten con qué número inician cada tiempo de comida principal y si empiezan con número muy bajo que indiquen el por qué iniciaron con ese número.</p> <p>Se le recuerda seguir llenando el calendario de actividad física y el traerlo también para la próxima sesión.</p> <p>Colocar hilo rojo si es que no lo tiene y recordarle su significado.</p> <p><b>Actividades:</b> La paciente comenta lo que sintió en esta sesión y lo que se lleva con ella para empezar a realizar el cambio.</p> <p><b>Materiales:</b> Papel, lapiceros, bascula, cinta métrica, hoja con días de la semana para que anoten el número con el cual inician y termina el tiempo de comida. Hilo rojo</p> <p><b>Duración:</b> 10 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Todas logran descubrir aspectos positivos del cambio, comentan como se sintieron con la sesión y se establecen metas.</p>
--	---

### Programación Didáctica - SESIÓN 8. Consulta individualizada

**Tema:** ¿Cómo vine y cómo me voy?

**Problema:** A lo largo de las sesiones se ha observado que las mujeres al realizar los cambios y comentar resultados en la sesiones siguientes, tienden preguntar si lo están haciendo bien o si toman la decisión correcta, con el objetivo sentir una aprobación por parte de la nutricionista. Con esto se muestra una falta de seguridad en ellas, a pesar de que a la hora de realizar las cosas las hacen bien. Asimismo, por ser la última sesión se debe realizar el cierre del aprendizaje de esta intervención.

**Objetivo general de la sesión:** Reforzar la confianza en las mujeres en etapa de climaterio a que ellas pueden seguir realizando cambios y mantenerlos a lo largo del tiempo.

**Grupo al que se dirige:** 15 mujeres entre las edades de 45 a 55 años en etapa de climaterio.

Objetivos de Aprendizaje	SESION 8
<b><u>Apertura/encuadre</u></b>	<b>Contenido:</b> Dar bienvenida y realizar el encuadre de la sesión y explicarles qué es lo que se va a realizar.
<b><u>Objetivo:</u></b> Conocer la	Aplicar cuestionario final, titulado “Cuestionario inicial y final para la evaluación de la etapa de cambio, de la intervención de pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso que asisten a la consulta Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA, 2007”

<p>estructura de la sesión y motivarse a continuar con el cambio.</p>	<p>Preguntar sobre las metas propuestas en la sesión pasada. Se le pregunta cómo les fue y se les facilitó o que barrera presentaron. En cuanto a la cinta roja que ha llevado en la muñeca durante todo este tiempo, se le pregunta: ¿qué ha representado esto para usted? ¿Le sirvió estarla viendo constantemente? ¿Cuándo la veía en que pensaba o que le recordaba?</p> <p>Se le dice frase motivacional para concluir esta etapa: “... <i>(nombre de la paciente)</i>, debe sentirse sumamente orgullosa por todo lo que ha logrado, cada día que pasa es otro granito de arena que está aportando para su salud... usted ya me lo ha dicho, que ha sentido cambios significativos en su salud, ahora imagínese si continúa realizándolos... esos beneficios se van a multiplicar a la 1000, y los años venideros serán de calidad y disfrute”.</p> <p><b>Actividades:</b> Mantener una conversación fluida, realizar las preguntas correspondientes y evacuar dudas. Pasar el cuestionario evaluativo titulado “Cuestionario inicial y final para la evaluación de la etapa de cambio, de la intervención de pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso que asisten a la consulta Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA, 2007”</p> <p><b>Materiales:</b> Cuestionario final evaluativo titulado “Cuestionario inicial y final para la evaluación de la etapa de cambio, de la intervención de pacientes en etapa de climaterio con exceso de peso que asisten a la consulta Nutribienestar, seleccionadas para el proyecto del TFIA, 2007”</p> <p><b>Duración:</b> 5 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Todas logran comentar sobre los objetivos que se habían propuesto en la sesión anterior.</p>
<p><b><u>Exploración del problema</u></b></p> <p><b><u>Objetivo:</u></b>Reforzar conocimientos adquiridos en sesiones pasadas y reconocer las prácticas que han podido llevar a la práctica</p>	<p><b>Contenido:</b> Explorar las dudas de la sesión anterior, trabajar en ellas y revisar la tarea, la cual se dividía en dos partes y se le hacen las preguntas correspondientes a cada una:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Calendario de Actividad física: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Veamos a ver primero el calendario de AF que ha venido llenando... ¿Cómo le fue con esto? ¿Logro hacer un poco más de ejercicio? Ahora que ya tenemos un mes completo del calendario, analícelo y dígame ¿qué ve...? ve a una <i>(nombre de la paciente)</i> de hace 3 o 4 meses atrás? ... ¿qué es lo que más tiene ese calendario, más días de ejercicio o más excusas? .... hay algo que observe de este calendario que podría mejorar? ¿Qué cosa?... se ve haciendo otro mes de calendario y autoanalizarse?... ¿Cree que esta práctica de ejercicio se haga un hábito en usted?</i></li> </ul> </li> <li>2. Escala del hambre del 1 al 10: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>¿Cómo se sintió haciendo esta escala?... se le dificultó analizarse o encontrar el número con el cual iniciaba y terminaba?... cuál fue el número más bajo en el que se encontró? (¿si es menor a 5 preguntar porque es que sucedió eso?) ... Llego a sentirse con un número mayor a 7 o 8? (¿si fue así, preguntar por qué sucedió esto)</i></li> </ul> </li> </ol> <p>Después de revisar la tarea se continua con la actividad de “Rosita”, la cual consiste en una imagen de una mujer en etapa de climaterio con exceso de peso, pegada en un cartón de presentación. Alrededor de la imagen abran signos de pregunta, las cuales se pueden quitar e ir destapando preguntas que “Rosita” tiene. Las pacientes irán quitando cada una de estas y responderán las preguntas que tienen. Dichas preguntas están relacionadas con todo el aprendizaje que obtuvieron a lo largo de las sesiones. Entre las preguntas se encuentran las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rosita ha presentado cambios de humor y unos calores insoportables desde hace meses, ella no sabe qué es lo que le está pasando. ¿Usted que sabe qué es la etapa de climaterio?, ¿qué le diría a Rosita?</li> <li>• Rosita no le interesa hacer ningún cambio, porque desconoce qué es lo que está pasando en su cuerpo. ¿Qué consecuencias</li> </ul>

	<p>tendría Rosita sino hace cambios en su estilo de vida? (tanto internos como externos).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rosita tiene muchas dudas con respecto a cómo debería de ser su alimentación. ¿Qué le diría usted que debería hacer? ¿Qué alimentos debería estar consumiendo en mayor cantidad (alimentos con cierta vitamina y mineral)?</li> <li>Rosita come frecuentemente comida rápida. Ella dice que es más rápido comprar esto que preparar la comida que siempre tiende a ser muy elaborado y toma mucho tiempo. ¿Usted qué le diría?</li> <li>Rosita dice que nunca tiene tiempo para hacer nada y mucho menos ejercicio. ¿Qué le diría usted? ¿Qué opciones o ideas le recomendaría para que pueda hacer ejercicio?</li> <li>Cuando Rosita va al supermercado no presta atención a lo que dicen los productos, ella dice que no son importantes, que todo es lo mismo. ¿Usted qué le diría? ...Y sobre las etiquetas nutricionales?</li> <li>Rosita siempre suele decir “hoy voy a pecar con esto...” ¿qué opina usted sobre esta frase?</li> <li>Rosita va a preparar una fiesta para toda su familia y decide cocinar. Dentro del menú que ella tiene pensado esta: arroz cantones, papas fritas, pollo frito, ensalada de caracolitos y gaseosas regulares. ¿Qué le recomendaría usted a Rosita para que pueda modificar estas preparaciones de forma más saludable?</li> </ul> <p>Finalizada las preguntas se le felicita a la paciente y se recalca todo el aprendizaje que obtuvo en todas estas sesiones. Y se le hace ver que “Rosita” presenta un perfil similar con el cual llegaron, pero que la gran diferencia está en que ellas ya empezaron el cambio y tienen las herramientas para hacer frente y seguir un estilo de vida saludable.</p> <p><b>Actividades:</b> Se revisa la tarea que se dejó en la sesión anterior la cual se dividía en dos partes. Se realiza actividad de “Rosita” con preguntas relacionadas con los temas aprendidos a lo largo de las sesiones, donde ellas deben responderle a “Rosita” sus dudas y brindarle soluciones o recomendaciones.</p> <p>Hacer un cierre de esta etapa en donde se le hace ver a la paciente todo lo que ha aprendido y las herramientas que ahora tiene para llevar un estilo de vida saludable.</p> <p><b>Materiales:</b> Lapiceros, Calendario de actividad física, Imagen de Rosita con característica de una mujer en etapa de climaterio con exceso de peso que representa un estilo de vida poco saludable. Preguntas adhesivas que realiza Rosita.</p> <p><b>Duración:</b> 15 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Que todas participen contestando las preguntas y que logren reflexionar con las mismas.</p>
<p><b><u>Construcción de lo mejor viable</u></b></p> <p><b><u>Objetivo:</u></b> Visualizar los cambios que ha obtenido a lo largo del tiempo, los cuales han sido fruto de su determinación hacia el cambio y la</p>	<p><b>Contenido:</b> Después de finalizada la actividad de Rosita, se realiza la siguiente actividad, llamada “Mi línea del tiempo”.</p> <p>La actividad consiste en una gráfica donde en la parte de abajo (variable horizontal) hay 10 preguntas y en la parte vertical izquierda (variable vertical), se encuentra una escala del 1 al 10, las cuales van representando: Nada segura (0 a 3), poco segura (4 a 6), segura (7 a 9), muy segura (10).</p> <p>Se le indica a la paciente que lea las preguntas y que indique y coloque un sticker de color rojo en el número con el cual se identificaba <u>antes</u> de iniciar el proceso. Después de terminadas, se le vuelve a decir que lea las preguntas pero que ahora coloque un sticker de color verde en el número con el cual se identifica <u>hoy</u>, después de las 8 sesiones de haber realizado varios cambios en su estilo de vida. Las 10 preguntas están relacionadas con la seguridad que tiene ellas ahora para realizar las cosas.</p> <p>El encabezado para responder al <i>antes</i> es: “<i>qué tan segura y comprometida me encontraba antes de iniciar este proceso?</i>”</p> <p>El encabezado para responder al <i>hoy</i> es “<i>¿qué tan segura me siento hoy después de haber pasado por todo este proceso?</i>”</p>

<p>confianza que ha construido en ella misma para realizar los cambios.</p>	<p>Y las preguntas que se les hacen son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Ir de paseo y aplicar opciones saludables en alimentación y ejercicio?</li> <li>2. Realizar preparaciones saludables</li> <li>3. Leer etiquetas nutricionales</li> <li>4. Tener una rutina de ejercicio y mantenerla cómo hábito</li> <li>5. Seguir un plan de alimentación</li> <li>6. Hacer todos los tiempos de comida.</li> <li>7. Incorporar alimentos fuente de calcio y vitamina D.</li> <li>8. Verme al espejo y decirme "hoy es un nuevo día, y seré mejor que ayer"</li> <li>9. Si no pude cumplir, no me doy por vencida.</li> <li>10. Ver un estilo de vida saludable como un hábito y no un sacrificio.</li> </ol> <p>Al finalizar se le da un marcador rojo y uno verde y se le pide que una los puntos de color rojo con el marcador rojo y los puntos verdes con el marcador verde y se le pregunta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué ve usted en su gráfica?</li> <li>• ¿Ve cómo ha evolucionado su seguridad? ¿Ve el cambio que ha tenido?</li> <li>• Si observa el cambio que ha tenido, ¿por qué va a sentir inseguridad en realizar las cosas?</li> <li>• ¿Hay algo o alguien que le cause inseguridad para la toma de sus decisiones?... ¿Cree que tiene las herramientas para derrumbar ese obstáculo?</li> <li>• ¿Cree que su vida ha cambiado de forma positiva?</li> <li>• ¿Considera que esa línea verde puede ir subiendo cada vez más? ¿Qué puede hacer o seguir haciendo para que esto se dé?</li> <li>• Ahora que hicimos la actividad de Rosita, vi que usted le decía a ella con seguridad lo que debería de hacer y le daba recomendaciones. ¿Por qué entonces no aplicar esa seguridad en usted misma para la toma de decisiones?</li> </ul> <p>Se cierra este apartado de construcción con lo siguiente:</p> <p><i>"Un médico a lo largo de su carrera va obteniendo las herramientas, el conocimiento y la seguridad necesaria para hacer cirugías... esto no se da de la noche a la mañana, el médico al igual que usted tuvo su línea del tiempo, en donde fue construyendo su seguridad para hacer las cosas. Entonces si usted tiene las herramientas y sabe qué hacer, ¿porque dudar y pensar en si sí o si no? Usted se ha demostrado a lo largo de todo este proceso que usted puede realizar los cambios y tomar decisiones sin miedo y saber que lo que está haciendo está bien y que es por su bien.</i></p> <p><i>Esta línea del tiempo presenta su yo diferente, un yo completamente mejorado, el cual va a seguir trabajando con toda confianza en seguir mejorando día a día. "</i></p> <p><b>Actividades:</b> Realizar la actividad de "línea de tiempo", en donde la paciente responderá a 10 preguntas sobre cómo se encontraba antes de iniciar el proceso y se va a evaluar según una escala del 1 al 10 que representa el poco segura a muy segura. En esta grafica colocaran un sticker rojo según el nivel en el que se identifican.</p> <p>Las mismas preguntas se vuelven a realizar, pero esta vez orientadas al presente, en donde indiquen el nivel en el cual se encuentran ahora que ya han pasado por todas las sesiones educativas.</p>
---	---



	<p>Una vez que se tiene la gráfica con los puntos (stickers) de color rojo, se le pide a la paciente que una con una línea de color rojo los puntos rojos y con otra línea verde los puntos verdes. Posteriormente se realizan las preguntas correspondientes.</p> <p>Se realiza cierre con reflexión sobre la seguridad que ha desarrollado a lo largo de todo este proceso.</p> <p><b>Materiales:</b> Hoja con gráfica ("línea del tiempo"), Marcador rojo y verde, Sticker rojo y verde.</p> <p><b>Duración:</b> 25 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Participación, preguntas y respuestas espontáneas por parte de todos las pacientes..</p>
<p><b>Discusión</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Reconocer la verdadera importancia de realizar cambios y modificaciones en la alimentación y estilo de vida que han realizado a lo largo de la intervención.</p>	<p><b>Contenido:</b> Se les pregunta:</p> <p><i>"...Ahora que vimos estas actividades, dígame:</i></p> <p><i>¿Qué aspectos positivos lograron aprender y aplicar que las hace ahora tener un estilo de vida más saludable?</i></p> <p><i>¿Lograron sus expectativas con estas sesiones? ¿Por qué?</i></p> <p><i>¿Qué creen que han ganado además de la pérdida de peso?</i></p> <p><i>Recuerdan las primeras sesiones en donde habíamos visto ciertos comentarios o frases que eran barreras y/o excusas, se acuerda? (si no se recuerda, se le recuerdan algunas frases) ... cree que ahora esas palabras son barreras o excusas para continuar con el cambio?</i></p> <p><i>¿De qué manera podrían ir sobreponiéndose a estas excusas?</i></p> <p><i>¿Cómo se sentían al inicio del proceso y cómo se van?</i></p> <p><i>¿Creen que este estilo de vida lo puedan implementar a lo largo de sus vidas?</i></p> <p><i>¿Qué cosas de todo lo que ya empezaron a hacer, pretenden continuar?</i></p> <p><b>Actividades:</b> Se realiza una conversación fluida, en la cual ellas aporten comentarios e indiquen cómo se sintieron con toda la información brindada.</p> <p>Logran hacer análisis profundo sobre su condición y cambios que deberían de realizar de hoy en adelante y cuáles hábitos que adoptaron durante este proceso deben de mantener.</p> <p><b>Materiales:</b> ninguno</p> <p><b>Duración:</b> 10 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Todas logran ver la importancia y participan activamente en la conversación.</p>
<p><b>Síntesis de lo aprendido en la sesión y establecimiento de metas</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Realizar una síntesis de la sesión y proponerse metas alcanzables y realistas, tanto a corto como largo</p>	<p><b>Contenido:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se le pregunta: <i>Me gustaría escucharla y saber ¿qué es lo que se lleva de este proceso? ¿Le va a ser realmente útil de ahora en adelante?</i></li> <li>En esta sección se les recalcan dos aspectos de suma importancia: <ol style="list-style-type: none"> <li>Hacerles ver que el cambio no fue solo para estas sesiones, sino que para el resto de sus vidas y así tener años venideros de calidad y disfrute tanto consigo mismas como con sus familias y amigos.</li> <li>Si recae o no logran hacer algo, no es el fin y esto no va a significar que no lo puede volver a intentar y retomar lo que ya saben. Se les dice: <p><i>El recaer es de humanos, pero también es de humanos volverse a levantar y seguir adelante... Recuerde que este es un proceso, día con día se va construyendo la seguridad en uno mismo, sea con esto o con cualquier aspecto de la vida... Es como un niño que está aprendiendo a andar en bicicleta, al inicio hay miedo, pero él prueba y se sube, con la ayuda de las rueditas extra y de los padres</i></p> </li> </ol> </li> </ul>

<p>plazo, que las mantengan sostenidas en el tiempo.</p>	<p><i>que son herramientas se van a ir soltando, pero cuando se tiene que dejar solo, sin el papá o mamá, ni las rueditas, el niño lo intenta y hay muchas veces en que se cae, pero ¿qué ha visto usted en los niños? ... La perseverancia. ¿Usted cree que uno como adulto no le pasa esto? Claro, nos pasa, pero hay que ser como los niños ser perseverante y seguir y seguir, aunque se caigan 100 veces... Lo que hemos aprendido a lo largo de las sesiones son herramientas, consejos, recomendaciones... que se aplican en la vida, pero el hecho de que no pude cumplir un día, dos días o una semana, no significa que se va a botar la toalla, hay que levantarse, sacudirse y empezar con más fuerza, motivación y perseverancia, porque al igual que el niño que sabe que si logra andar en la bicicleta va a poder disfrutar con sus amigos, compartir y sentirse libre, lo mismo llega a sentir un adulto.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesaje... Hacerle ver a la paciente que a lo largo de todas las sesiones nunca se le dio énfasis al peso, sino a los cambios de hábitos, porque con eso inician los cambios desde adentro hacia fuera en busca de una mejor calidad de vida.</li> <li>• Tarea <i>Collage motivacional</i>: en un cartón y con papeles adhesivos la paciente va a anotar metas a corto y largo plazo y las va a pegar en el cartón. Este cartón ella se lo lleva y se le indica que lo tenga en un lugar visible, como en la cómoda de su cuarto, el espejo del baño... algún lugar que ella frecuente todos los días y que cada vez que lo vea, lea en voz alta las metas que se propuso.</li> <li>• Para finalizar se les agradece por haber formado parte de la intervención y se les entrega un certificado con honores, a nombre de Nutribienestar.</li> </ul> <p><b>Actividades:</b> La paciente comenta lo que sintió a lo largo de toda la intervención. Se utilizan analogías de la vida cotidiana para ejemplificar la seguridad y perseverancia que ella debe tener a partir de ahora. Paciente realiza un collage de metas a corto y largo plazo, las escribe en un papel adhesivo y las va pegando. Este cartón ella se lo va a llevar y lo va a colocar en un lugar visible para que todos los días que lo vea y lo lea en voz alta. Se le entrega finalmente certificado de participación y se le agradece por formar parte de esta intervención.</p> <p><b>Materiales:</b> Papel, lapiceros, bascula, cinta métrica, collage motivacional (cartón), papel adhesivo de colores (<i>post it</i>), certificado de participación.</p> <p><b>Duración:</b> 10 minutos</p> <p><b>Evaluación:</b> Todas logran descubrir aspectos positivos del cambio, comentan como se sintieron con la sesión y se establecen metas a corto y largo plazo.</p>
--	---

## Anexo 16.

Material utilizado en las 8 sesiones de intervención en la consulta nutricional individual de mujeres con exceso de peso en la etapa de climaterio entre las edades de 45 a 55 años, que laboran en el Instituto Nacional de Aprendizaje”.



**Fotografía 1.** Rotafolio informativo sobre la etapa del climaterio para la sesión 1.



**Fotografía 2.** modelos de alimentaos y tazas medidoras utilizadas para la explicación en la sesión 2.



**Fotografía 3.** Modelos utilizados para explicación de macro y micronutrientes de la sesión 2.



**Fotografía 4.** Mini rotafolio explicativo sobre cómo medir porciones con mano y con tazas medidoras de la sesión 2.

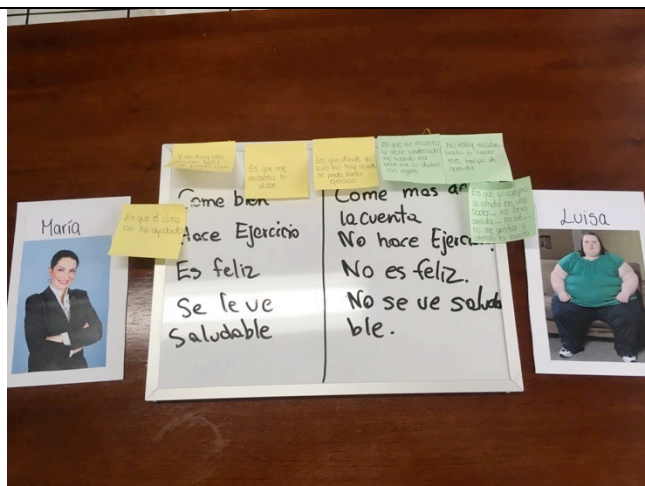


**Fotografía 4.** Imágenes de alimentos que las pacientes utilizaron para clasificar grupos de alimentos y alimentos fuente de calcio y vitamina D en la sesión 2.



**Fotografía 5.** Pizarra acrílica que utilizó la paciente para anotar características de salud las dos personas que se les muestra. Sesión 3.





**Fotografía 6.** Ejemplo de pizarra acrílica con anotaciones por parte de la paciente y con los papeles adhesivos con excusas. Sesión 3.



**Fotografía 8.** cajas explicativas sobre enfermedades asociadas al exceso de peso, utilizadas en la sesión 3

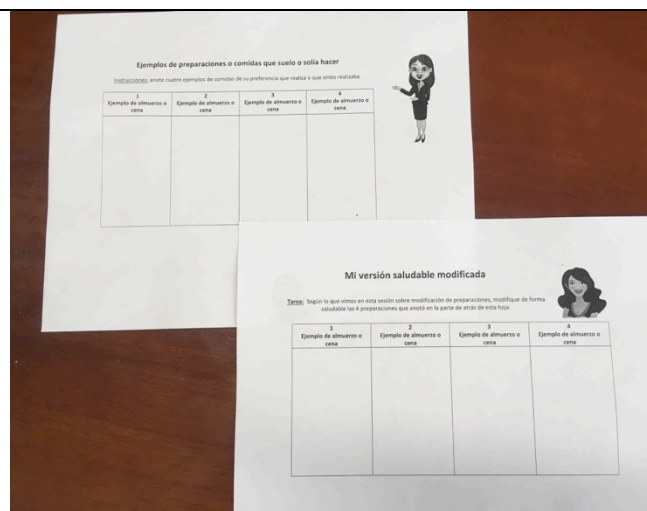


**Fotografía 9.** Tarjetas por un lado con imágenes de preparaciones poco saludables y por el otro lado la opción saludable al modificar la receta. Sesión 4.

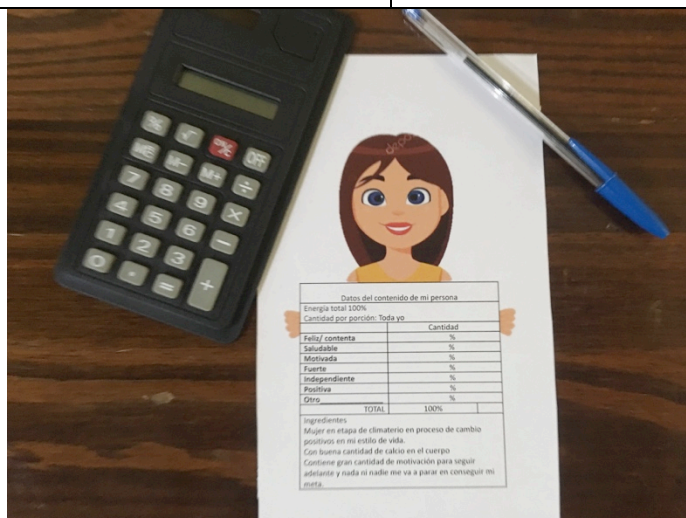


**Fotografía 10.** Parte del rotafolio explicativo sobre la comida chatarra, en el cual con la ayuda de monedas, se realiza la comparación de diversas comidas chatarras con a un plato nutricionalmente balanceado. Sesión 4.





**Fotografía 12.** Material de trabajo para realizar modificación de recetas. Sesión 4

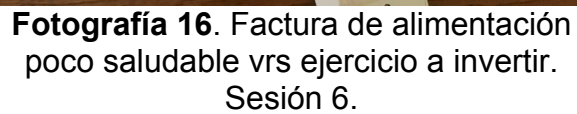
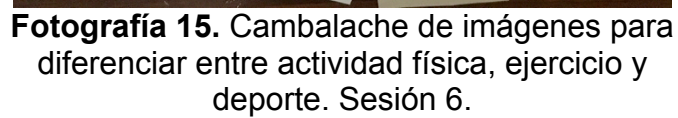
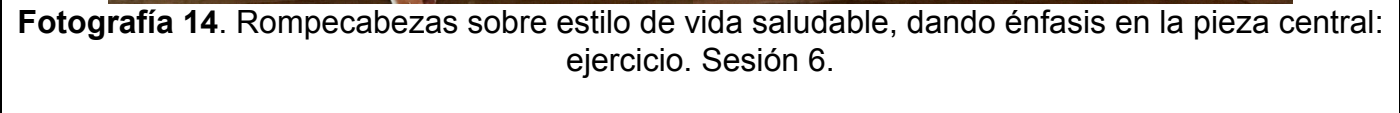


**Fotografía 12.** Material de trabajo sobre etiqueta de características personales de la paciente.



**Fotografía 13.** Biombo y etiquetas de productos para explicar la lectura del etiquetado

nutricional.
--------------







**Fotografía 17.** Tarjetas con excusas puestas por las pacientes a lo largo de las sesiones para no hacer ejercicio. Sesión 6.



**Fotografía 18.** Calendario de actividad física. Sesión 6.

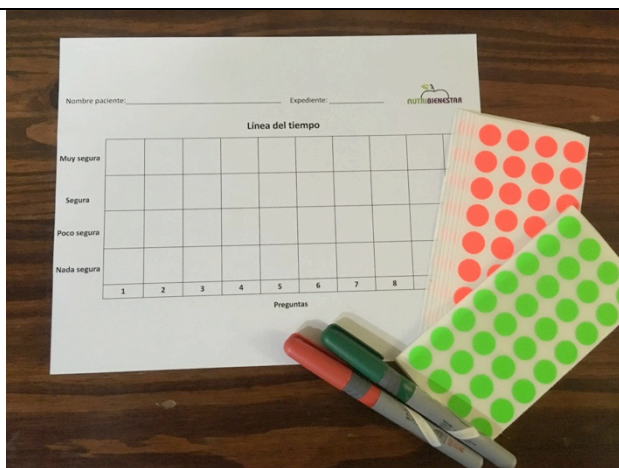




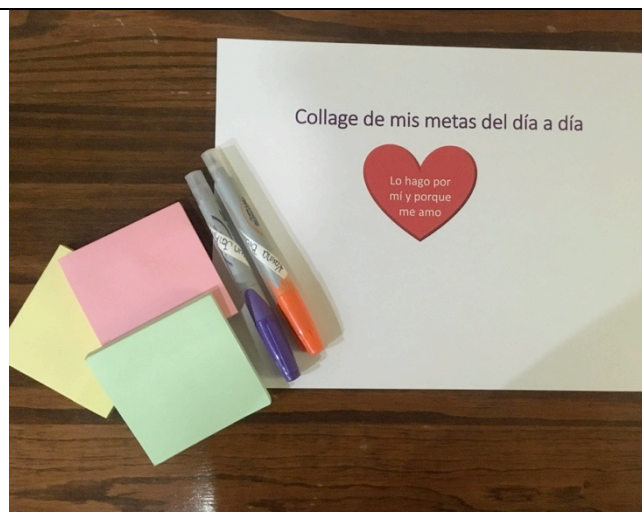




**Fotografía 23.** Imagen de "Rosita" con preguntas relacionadas a cada una de las sesiones anteriores. Sesión 8



**Fotografía 24.** Material para grafica de línea del tiempo de cómo inició y como termina la paciente. Sesión 8



**Fotografía 25.** Material que utilizó la paciente para hacer su propio collage de metas. Sesión 8.



**Fotografía 26.** Certificado de participación. Sesión 8.